

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

181

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 28 février 1907, à 1 heure

Par JOSEPH OKINCZYC

Né à Villepreux (Seine-et-Oise), le 24 février 1879

Ancien interne lauréat des hôpitaux (médaille d'or 1906)

Prosecteur à la Faculté de Médecine.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DU

CANCER DU COLON

Président : M. POIRIER, professeur.

Juges : MM. BERGER, professeur.

HARTMANN, } *agregés.*
J.-L. FAURE, }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

181

Année 1907

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 28 février 1907, à 1 heure

Par JOSEPH OKINCZYC

Né à Villepreux (Seine-et-Oise), le 24 février 1879
Ancien interne lauréat des hôpitaux (médaille d'or 1906)
Prosecteur à la Faculté de Médecine.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DU

CANCER DU COLON

Président : M. POIRIER, professeur.

Juges : MM. BERGER, professeur.

HARTMANN, }
J.-L. FAURE, } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1907



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. DEBOVE.
Professeurs MM.

Anatomie.....	POIRIER.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	{ HUTINEL.
	{ BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	GILBERT.
Hygiène.....	CHANTEMESSE.
Médecine légale.....	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
	{ LANDOUZY.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	{ TERRIER.
	{ BERGER.
	{ RECLUS.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD.
	{ BUDIN.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....	ROBIN

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY	DESGREZ.	LAUNOIS.	POTOCKI.
BALTHAZARD.	DUPRÉ	LEGRY.	PROUST.
BEZANÇON.	DUVAL.	LEGUEU.	RÉNON.
BRANCA.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFEL. <i>Chef des</i>
BROCA (ANDRÉ).	GOUGET.	MAILLARD.	<i>travaux anatomiques</i>
CARNOT.	GUIART.	MARION.	TEISSIER.
CLAUDE.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
CUNEO.	LABBÉ.	MÉRY.	VAQUEZ.
DEMELIN.	LANGLOIS.	MORESTIN.	WALLICH.

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

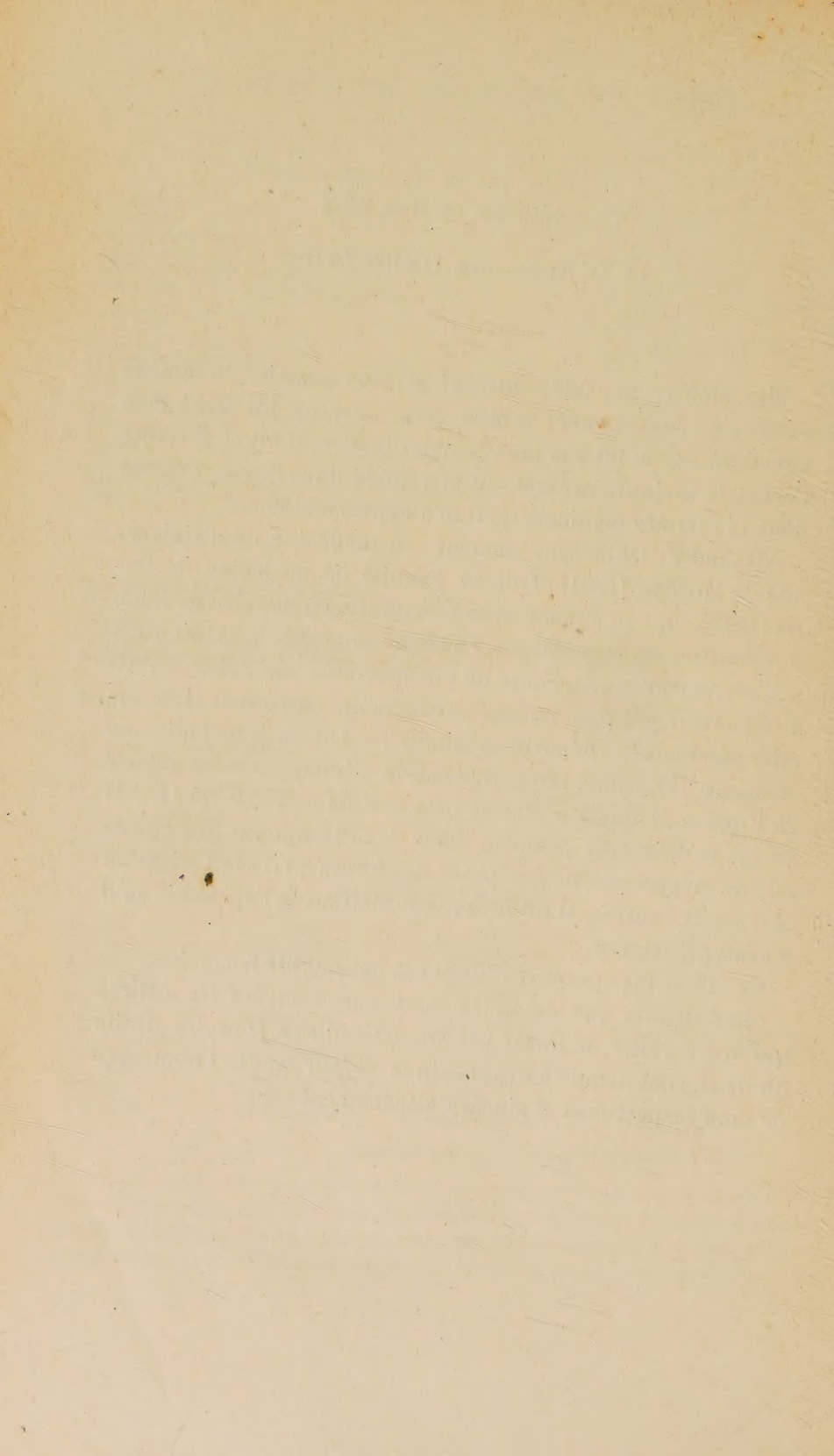
LE D^r ALEXANDRE OKINCZYC

Mes maîtres me pardonneront si mon premier hommage s'adresse spontanément à mon père. — Trop tôt ravi à mon affection, s'il ne fût pas mon premier maître, il fut et demeure l'exemple toujours présent qui m'a guidé dans la vie, comme dans la carrière médicale qu'il m'a appris à aimer.

Alexandre Okinczyc, docteur en médecine de l'Université de Moscou (1861) et de la Faculté de médecine de Paris (1867), vint en France avec l'émigration polonaise de 1863. A vrai dire, les événements l'avaient empêché de se joindre à ses compatriotes. Au cours de l'insurrection polonaise de 1863 à laquelle il prit part comme médecin de partisans, il fut arrêté, condamné et déporté en Sibérie ; à Tomsk, la maladie, une occasion favorable, lui permirent de s'échapper et de gagner la France. D'abord à Paris, puis à Villepreux (S.-et-O.), il exerça la médecine jusqu'en 1886. A cette époque une épidémie de grippe infectieuse épuisa des forces qu'il avait mises au service des autres. Il fut la dernière victime de l'épidémie qu'il n'avait pu vaincre.

Ce furent mes premiers titres à la nationalité française.

Mais depuis que de dettes contractées envers les maîtres qui m'ont initié et formé ! Je voudrais dire à tous, les droits qu'ils se sont acquis à ma gratitude et leur rendre l'hommage de mon respectueux et sincère attachement.



A MON CHER MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR POIRIER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

A LA MÉMOIRE DE MES PREMIERS MAÎTRES
MERKLEN ET RENDU

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

(1897-1898) : M. le D^r RENDU.

(1898-1899) : M. le Professeur RECLUS.

Externat :

(1899-1900) : M. le D^r OULMONT.

(1900-1901) : M. le Professeur agrégé WIDAL.

Internat :

(1902) : M. le Professeur agrégé JALAGUIER.

(1902-1903) : M. le Professeur agrégé TUFFIER.

(1903-1904) : M. le Professeur KIRMISSON.

(1904-1905) : M. le Professeur POIRIER.

(1905-1906) : M. le Professeur agrégé HARTMANN.

Internat médaille d'or :

(1906-1907) : M. le Professeur POIRIER.

M. le Professeur agrégé HARTMANN.

A TOUS MES MAITRES :

MM. RIEFFEL, J.-L. FAURE, CUNÉO, professeurs agrégés
à la Faculté de Médecine ; — MICHON et VEAU, chirurgiens des hôpitaux.

*Nous tenons à remercier encore tout particulièrement
MM. Masson et Steinheil, pour les figures qu'ils ont bien voulu
si gracieusement mettre à notre disposition.*

INTRODUCTION

Nous avons été assez heureux, au cours de notre internat, et tout particulièrement dans le service de notre maître M. Hartmann, pour observer un nombre relativement assez grand de cancers du côlon. La *rareté apparente* de ces cas, les difficultés d'un *diagnostic précoce*, et les résultats *très variables du traitement*, ont attiré particulièrement notre attention, et ont fait depuis plus de deux ans l'objet de nos recherches.

Déjà en janvier 1906 nous avons fait de l'étude anatomique clinique et chirurgicale des tumeurs du côlon, le sujet d'un mémoire présenté au concours du prix de l'Internat. Nous avons publié une grande partie de ce travail dans les *Travaux de Chirurgie anatomo-clinique*, grâce à la très large hospitalité que M. Hartmann a bien voulu nous y donner. Si l'on a pu dire, il y a quelques années, que la chirurgie du gros intestin était une chirurgie d'avenir, il semble aujourd'hui que cet avenir s'est singulièrement rapproché de nous : les travaux, les publications se sont multipliés sur la question, les observations sont fournies de plus en plus nombreuses, et il n'est pas exagéré de dire maintenant que la chirurgie du gros intestin est une actualité. Mais c'est affirmer en même temps que le débat reste ouvert ; et notre seule ambition est d'apporter une part modeste, mais utile à l'œuvre qui se poursuit et se perfectionne.

Si l'occlusion possède aujourd'hui une symptomatologie bien connue, si elle est devenue un syndrome longuement décrit dans les traités de chirurgie, par contre le cancer du côlon ne semble pas dans ces ouvrages avoir encore obtenu droit de cité. Il est encore perdu dans la grande classe des néoplasmes intestinaux. Or *d'une part*, l'occlusion est un

symptôme presque toujours terminal dont la thérapeutique est tout au plus palliative quand elle n'est pas illusoire ; et il y a lieu de rechercher, s'il n'existe pas avant l'occlusion des symptômes assez précis du cancer colique, échelonnés sur une période qui sera vraiment la période chirurgicale de ce cancer.

D'autre part, il semble de plus en plus qu'on ne puisse assimiler la clinique et la thérapeutique chirurgicale du cancer colique à celle, beaucoup plus simple, des néoplasmes de l'intestin grêle.

Le cancer du côlon semble donc mériter mieux que cet ostracisme. Si l'on objecte la *rareté* des cas, nous croyons pouvoir répondre que cette marche n'est qu'*apparente* car l'occlusion est fréquente, et celle-ci dépend dans la grande majorité des cas de cancers coliques ignorés (Fickermann) (1). Or nous devons prévenir l'occlusion et tenter de guérir par une résection précoce du cancer.

Il en est de ce domaine de la chirurgie comme de tous ceux où elle a pénétré pour y triompher ; nous avons appris à rechercher et à reconnaître les tumeurs du côlon ; leur rareté a fait place à une fréquence relative, qui s'accroîtra sans doute. Car à moins de prétendre que les malades atteints de ces tumeurs tombent toujours dans les mêmes mains, il faut admettre que les observations nous sont fournies nombreuses, par les maîtres qui se sont le plus attachés à résoudre le difficile problème de ces interventions ; il devient évident que leur expérience éclairée leur a permis de déceler de bonne heure une affection presque toujours latente à ses débuts. N'ayant plus à traiter seulement les tumeurs dont la manifestation clinique est si précise qu'elle annonce presque à coup sûr des cas, en dehors des ressources de l'art, ils ont trouvé un encouragement dans les succès qu'ils devaient non plus seulement à des opérations palliatives, mais à des exérèses radicales.

En un mot : *nécessité d'un diagnostic précoce*. Une tumeur

(1) FICKERMANN, *Ueber das latente Carcinom an der Flexura sigmoidea*. Inaug.-Dissert. Munich, 1903.

du côlon peut rester longtemps une tumeur opératoire avant d'être même une tumeur clinique. De la comparaison des observations, de la connaissance des symptômes dont la réunion autorise une certitude, nous apprenons à tirer un tableau clinique suffisant qui fixe notre diagnostic, et détermine notre action efficace, parce que précoce.

Mais l'extrême variabilité des résultats obtenus est aussi un enseignement précieux. Dans l'histoire de cette *thérapeutique chirurgicale*, nous trouvons trois périodes : la première comprend les tentatives hardies, légitimées en apparence par les incontestables progrès de la chirurgie gastro-intestinale ; ce fut l'ère des entérectomies, dont on ne songeait guère alors à sérier les temps. A cette période d'enthousiasme, paraît succéder une étape de réserves prudentes ; c'est la loi à laquelle semble obéir notre désir du progrès dans l'art de guérir.

Et peu à peu l'entérectomie se spécialise ; on voit naître le mot de *colectomie* qui marque aussi une évolution : on l'oppose à l'entérectomie, réservée plus spécialement à l'intestin grêle, et de nombreux travaux prennent pour titre : « Du danger des résections du gros intestin ». C'était le fruit d'une expérience qui devait aboutir à la colectomie sériée en deux et même trois temps.

Il nous a semblé qu'une réaction commençait à se former en faveur de la colectomie en un temps. Dans la seconde partie de notre chapitre du traitement nous avons recueilli, analysé ces échos. Disons de suite que l'avènement de cette troisième période nous paraît légitime et logique. Instruit par une dure expérience, nous poserons des indications bien différentes de celles de la première période. Elles seront plus précises, plus exactes et nous pourrons grâce à un diagnostic précoce, revenir sans doute à une chirurgie plus séduisante pour le malade et son chirurgien.

Nous croyons donc devoir, en faveur d'un diagnostic précis, et d'une thérapeutique efficace et rapide, reprendre en détails l'exploration clinique du côlon.

PREMIÈRE PARTIE

EXPLORATION CLINIQUE DU COLON

Le gros intestin est très tolérant. Longtemps il peut s'adapter à des conditions pathologiques qui troublent ses fonctions. Malgré la sténose, une tumeur, petite, en évolution, peut demeurer longtemps ignorée.

Le malade qui présente quelques coliques, qui maigrit à peine, dont les selles seulement pénibles ne sont pas mélangées de sang, n'accuse guère que des troubles digestifs vagues, des pesanteurs, des ballonnements passagers, une constipation qu'il met sur le compte d'une paresse de l'intestin à laquelle un long passé semble parfois l'avoir accoutumé.

Il faut donc *penser* à une tumeur intestinale et y penser toujours en présence d'un malade qui maigrit et qui présente des troubles digestifs.

Si l'interrogatoire précis semble donner corps à cette hypothèse, si une probabilité semble naître des réponses obtenues il faut procéder à l'exploration systématique du gros intestin. Toutes les fois que l'inspection du ventre révèle quelque chose, une saillie appréciable à la vue, un ballonnement localisé, il est évident que nous nous trouvons très près de la certitude. L'exploration plus approfondie n'a plus dès lors d'autre raison que d'établir le diagnostic différentiel d'une tumeur de l'abdomen.

CHAPITRE PREMIER

INSPECTION

Si l'inspection doit être le premier temps d'un examen méthodique, il n'en est pas moins vrai qu'il est rare que la tumeur se manifeste directement à la vue ; et cela se conçoit aisément : pour qu'une tumeur soulève la paroi et y détermine une saillie appréciable, il faut des conditions de volume qui supposent une évolution déjà très avancée du néoplasme. C'était le cas de notre malade de l'observation XX (V. p. 112) où sous le chloroforme aussitôt avant l'opération, le relâchement de la paroi nous permit d'observer avec la plus grande netteté et même à distance, une saillie arrondie au niveau de la fosse iliaque gauche.

Nous avons pu voir encore la saillie volumineuse dessinée par la tumeur dans la fosse iliaque gauche en dehors de l'anesthésie, chez un autre de nos malades (Obs XV, voir p. 84). Dans ces deux cas il s'agissait de carcinomes du côlon pelvien, volumineux et adhérents, ce qui contr'indiquait toute intervention radicale.

Par contre, l'inspection nous sera très utile pour la recherche et la constatation de certains signes dont les plus importants seront le météorisme d'une part et le péristaltisme d'autre part.

1. — Météorisme.

Le météorisme est fréquent, car il se présente aussi bien dans les cas d'obstruction légère et passagère que dans les crises d'occlusion aiguë ou chronique. Il sera plutôt généralisé dans ce dernier cas et plutôt local et partiel dans le premier.

Quand il est généralisé, le ventre apparaît comme distendu, globuleux et arrondi. La peau est uniformément tendue. Ce météorisme généralisé efface les saillies, comble les dépressions ; il en résulte même une véritable difficulté pour un examen approfondi et bien entendu le météorisme parvient dans la majorité des cas à dissimuler une tumeur qui serait peut-être perçue dans l'état de relâchement complet ou seulement modéré du ventre. Ce météorisme généralisé apparaît surtout au moment des crises graves d'obstruction ou d'occlusion intestinales.

Mais cette distension de l'abdomen, en dehors de ces crises se présente souvent comme un *météorisme local* et ce symptôme acquiert quelquefois une importance diagnostique réelle. Mais il ne faudrait pas s'abuser avec les symptômes autrefois décrits sous le nom de météorisme en cadre (Laugier). Si le siège du météorisme manifestant une dilatation en amont du rétrécissement, peut quelquefois faire soupçonner son siège exact sur un des segments du gros intestin, on ne pourrait guère généraliser, sans s'exposer à des mécomptes et à des erreurs.

Le météorisme local apparaît en effet comme un phénomène capricieux. En réalité, on peut trouver l'explication de ces variations soit dans une situation anormale du gros intestin et du côlon transverse en particulier, soit dans les conditions physiologiques jusqu'ici mal connues qui règlent la distension inégale du gros intestin en ses divers segments.

Nous répéterons avec Willy Anschütz (1), que le cæcum est prédisposé à la distension, même pour un obstacle siégeant à une grande distance de lui. De plus cette distension, même si elle est généralisée à tout le gros intestin, est encore dans la majorité des cas maxima au niveau du cæcum ; et comme cette distension s'accompagne de douleurs qui lui sont propres, on

(1) W. ANSCHÜTZ, Ueber den Verlauf des Ileus bei Darmcarcinom, und den lokalen meteorismus des Cæcum bei tiefsitzenden Dickdarmverschluss. *Arch. f. klin. Chir.*, 1902, LXVIII, p. 195.

risque de faire porter son examen exclusivement sur cette région et d'ignorer une tumeur de l'angle splénique, ou même du côlon pelvien. Ce météorisme local est appréciable à la vue, et la fosse iliaque droite est soulevée par une saillie ronde, en forme de dôme dont la consistance et les limites sont mieux appréciées par le palper.

Mais le météorisme local n'apparaît pas toujours avec ses caractères extrêmes du premier coup. Si l'on peut suivre le malade et qu'on assiste à l'établissement d'une obstruction passagère on peut voir le météorisme naître et évoluer ; il présente alors les caractères d'un météorisme modéré lent et progressif qui cède, quand cède l'obstruction et qui de ce fait est intermittent. De plus, le météorisme est le signe d'une rétention gazeuse ; or les gaz peuvent franchir le rétrécissement alors même que les matières sont retenues à ce niveau ; il en résulte que toute crise d'obstruction ne s'accompagne pas nécessairement de météorisme.

Il y avait longtemps qu'en France, Bouveret (1) avait signalé ces faits de météorisme local et signalé l'ectasie cæcale, comme un excellent signe de sténose du gros intestin.

Nous voudrions insister tout particulièrement sur ce signe et dire qu'il est un excellent moyen de diagnostic précoce. C'est en quelque sorte la pierre de touche de la sténose, d'autant que l'ectasie est souvent accompagnée de douleurs qui attirent l'attention. « C'est, dit Bouveret, une colique localisée. » Ajoutons que ces douleurs peuvent être l'occasion d'un diagnostic erroné et que bien des observations signalent l'appendicite dans les antécédents de malades atteints de cancer colique même très éloigné de la région cæcale.

Chose curieuse, nous avons vu sous l'anesthésie chloroformique (Obs. XX, voir p.112) le météorisme disparaître complètement, si bien que le ventre étant rétracté la tumeur jusque-là

(1) BOUVERET, Note sur la dilatation du cæcum et du côlon ascendant. *Lyon médical*, 1887, n° 31, p. 445 ; *ibid.*, Sur le diagnostic du siège de l'occlusion intestinale. *Bull. médical*, 1890, t. IV, p. 237.

perçue seulement par la palpation vint se dessiner nettement sous la paroi dans la fosse iliaque gauche.

Le météorisme est presque constant dans notre observation XXV (V. p. 142), car les débâcles ne semblent jamais correspondre à une évacuation complète et le ballonnement paraît avoir été un des premiers symptômes de l'affection.

En bien des cas, au moment de coliques douloureuses le météorisme se produit au siège même du rétrécissement.

Ce phénomène local est parfois assez net pour que le malade le constate lui-même, c'était le cas pour notre malade de l'observation VII (V. p. 62), qui chaque fois que survenait une crise légère d'obstruction voyait, disait-il, sa fosse iliaque gauche se gonfler.

L'inspection nous permet encore de constater un symptôme de la plus grande importance : nous voulons parler du péristaltisme.

2. — Péristaltisme.

On en a fait depuis longtemps le signe pathognomonique de la sténose, et Boas (1) déclare que même en l'absence d'une tumeur perceptible, dans les cas d'entéro-colite muco-membraneuse symptomatique, la constatation à l'inspection de contractions intestinales au moment des paroxysmes douloureux, fera faire le diagnostic de cancer.

Wittmer (2) insiste de nouveau sur les symptômes de péristaltisme et de contracture.

Nous croyons volontiers que ce symptôme est fréquent. Certes bien des observations sont muettes à cet égard, mais la recherche systématique du péristaltisme n'y a pas été faite. Or comme il s'agit d'un phénomène momentané, coïncidant avec

(1) BOAS, Cancer du gros intestin et entérite muco-membraneuse. *Rapport du 2^e congrès de méd. int. de Berlin*, 1900 ; — *Ibid.*, *Arch. f. Verdauungskrankheiten*, 1903.

(2) WITTMER, *Ueber maligne Tumoren des Colon*. Inaug.-Dissert. Bonn, 1902.

les crises douloureuses, il faut le rechercher au moment propice.

Nous conseillons même d'examiner l'abdomen de profil à jour frisant ; et l'on peut ainsi, surtout sur des ventres un peu flasques, voir l'onde courir à fleur de peau. Elle dessine ordinairement toujours le même trajet ; naissant toujours au même point elle s'achève toujours dans la même région.

On trouve le ventre météorisé à l'examen de notre malade de l'observation XXV (V. p. 142). Au moment même il se produit une bosse qui se prolonge à droite de la ligne médiane ; elle disparaît spontanément au bout de quelques instants. La malade nous dit que pareil fait se produit tous les quarts d'heure, mais que le siège est variable. Puis le phénomène se renouvelle, mais la partie contractée se dessine, dépassant la ligne médiane vers la droite, et l'on voit l'anse distendue, jusque dans la fosse iliaque du même côté. L'apparition de ce péristaltisme est accompagnée de douleurs aiguës et d'élancements.

Nous avons pu constater ce phénomène avec la plus grande netteté chez le même malade dont nous avons parlé au sujet du météorisme. Au moment de l'anesthésie chloroformique, la tumeur qui était apparue soulevant la paroi, n'avait pas tardé à changer de volume, et nous avons assisté alors à la formation d'ondes péristaltiques puissantes et rapides.

CHAPITRE II

PALPATION

Nous devons à F. Glénard, d'avoir indiqué le premier la palpation méthodique de l'abdomen et du côlon en particulier.

Obraztzwof (1) (de Kiev) indique avec précision le procédé qu'il emploie pour la palpation de la région iléo-cæcale. Il parvient ainsi à faire rouler sur le plan résistant de la fosse iliaque droite, le segment initial du gros intestin. Il lui est alors possible après avoir repéré l'intestin, de rechercher même les masses ganglionnaires au niveau de l'angle iléo-cæcal.

Quoi qu'il en soit, la palpation doit être méthodique : elle s'inspirera de l'anatomie normale, quant aux points précis où elle doit porter, et quant à la position la plus favorable à donner au malade.

Il est évident d'une manière générale, que l'examen est toujours facile, quelle que soit la méthode, chez des sujets maigres et à paroi souple : tout est difficile chez les sujets gras : l'examen, la palpation, le diagnostic et l'opération.

Le patient étant d'abord à plat dans le décubitus dorsal, nous commencerons par la fosse iliaque droite, nous efforçant par une pression douce mais progressive pour être néanmoins profonde, de percevoir le cæcum, puis le côlon ascendant jusqu'à l'angle hépatique.

On doit procéder à deux mains, mais en faisant agir surtout le bout des doigts enfoncés un peu plus à chaque inspiration. Ceux-ci, par pression douce mais continue, sont ramenés peu à peu de dedans en dehors et recueillent au passage les sensations. On parvient ainsi à faire rouler le côlon sur le plan

(1) OBRAZTZOWF, *Kraspaznavanion raka i bourgotchatki cliepoï kichki bourgorkovago peritiplita*, etc... *Wratch*, 1898, n^{os} 27 et 28.

résistant de la fosse iliaque. On peut par ce moyen, applicable également à la palpation du côlon pelvien dans la fosse iliaque gauche, faire rouler une tumeur néoplasique qui se cache encore dans la profondeur, ou l'intestin contracturé sous forme de corde colique, ou enfin un boudin colique empâté de matières. C'est affaire de sensation et d'interprétation exacte, que de donner à l'impression qu'on retire de cet examen sa vraie signification. Pour éliminer le stercorome il faut renouveler l'examen a intervalles éloignés et dans un état de vacuité intestinale aussi parfaite que possible. C'est encore le meilleur moyen de surprendre une contracture et de ne pas la confondre avec une tumeur à laquelle du reste elle peut se trouver associée.

Plus superficiel, plus antérieur, plus ventral, au sens embryologique du mot, que le côlon descendant, le côlon ascendant distendu, ou augmenté de volume, peut être directement perçu dans cette position. Il n'est pas rare du reste que des adhérences épiploïques augmentent la proportion d'une tumeur intestinale. Et le côlon ascendant distendu, ou envahi par le néoplasme tend spontanément à refouler les anses intestinales grêles en dedans, pour émerger en quelque sorte entre elles et la paroi latérale.

La palpation bi-manuelle de l'espace costo-iliaque, permettrait en tous cas de sentir une tumeur du côlon même adhérente à la paroi postérieure. Et le diagnostic n'est pas facile avec une tumeur rénale. Les tumeurs du côlon ascendant et de l'angle hépatique peuvent prendre le contact lombaire. Elles peuvent présenter le phénomène de *ballottement*. Ce signe, dont on a voulu faire un caractère pathognomonique des tumeurs rénales est commun à un grand nombre de tumeurs de l'hypochondre. Il y a longtemps que notre maître, M. Hartmann (1), a attiré l'attention sur ce point, ayant en 1891, trouvé

(1) H. HARTMANN, *Traité des maladies des organes génito-urinaires* de FURBRINGER, additions. Paris, G. Steinheil, 1891.

très nettement le ballottement pour une tumeur du côlon descendant.

Chez un malade (cancer de l'extrémité supérieure du côlon ascendant), M. Hartmann sent la tumeur qui s'abaisse dans les grandes inspirations et qui donne lieu à la sensation du ballottement lorsqu'on soulève brusquement avec la main gauche l'espace costo-iliaque.

La tumeur (cancer de l'angle droit du côlon) ne prend pas spontanément le contact lombaire chez un de nos malades. Mais ce contact s'établit lorsqu'on déprime la tumeur, si bien que dans ces conditions il est possible de percevoir une sensation de ballottement. La tumeur suit les mouvements respiratoires.

Nous donnons ici en détail ces deux observations :

Obs. I. (H. HARTMANN). — *Cancer de l'angle droit du côlon.*
Ileo-colostomie latérale. — Guérison.

Adolphe T..., 35 ans, entre, le 10 février 1904, dans le service de notre maître, M. Hartmann, parce qu'il souffre dans le ventre depuis quinze mois.

Au début ces douleurs étaient peu intenses, mais duraient toute une journée sans que les repas y apportassent la moindre modification et sans que le malade pût expliquer ce qui les déterminait. Ces douleurs, du reste, étaient vagues et mal localisées dans le ventre.

Pas de vomissements ; une fois seulement, en se levant, à la suite de douleurs plus vives, il a rendu, en petite quantité, un liquide mousseux et blanc. Cet incident ne s'est pas renouvelé.

Cet état de chose dure un mois ; pendant le mois qui suit le malade n'a pas souffert, puis les douleurs reparaissent il y a un an environ, d'abord moins vives ; puis les crises se rapprochent et augmentent d'intensité.

Depuis le mois de juillet dernier, les douleurs sont continuelles. C'est tantôt une sensation de brûlure, pendant le jour, tantôt la nuit, une souffrance assez vive pour l'empêcher de dormir, tantôt encore, c'est une douleur sourde, une sensation de pesanteur avec de temps à autre une exacerbation plus aiguë que le malade compare à une colique.

Après les repas, le malade accuse du gonflement qui dure une demi-heure environ. Ces douleurs occupent principalement l'épigastre et la région de l'hypochondre droit.

L'appétit ne s'est guère modifié, le malade peut manger de tout : la nature des aliments ne modifie pas les douleurs.

Le malade a maigri de 20 livres en huit mois.

Depuis un an et demi, mais surtout depuis dix mois, les aliments gras seraient moins tolérés que les autres.

Etat actuel. — Le malade, assez maigre, ne présente pas de teint jaune paille, ni ictérique. Il n'a pas de varicosités sur la face, mais il est pâle.

Signes physiques. — La paroi abdominale n'est pas sillonnée de veines sous-cutanées. A la partie moyenne du triangle de Scarpa, du côté gauche, on peut voir une petite cicatrice horizontale et qui semble provenir d'un ancien abcès froid. A l'inspection, le rebord costal droit paraît plus saillant au niveau du bord cartilagineux des fausses côtes. Le malade ne s'est jamais aperçu lui-même de cette tuméfaction. Au-dessous il y a des cicatrices de pointes de feu datant de trois semaines. La voussure a augmenté le périmètre thoracique d'environ 2 centimètres du côté droit. Elle est régulière et sans limites précises, elle s'étend sur un diamètre d'environ 8 centimètres.

Au palper il se produit une contracture du muscle droit du fait de la douleur peu violente, d'ailleurs, que détermine l'examen. Il est impossible de sentir s'il existe une tumeur au-dessous du rebord costal ; mais la vue montre que la voussure dépasse la partie inférieure du gril costal, et que la paroi abdominale est un peu soulevée vers la ligne médiane.

En descendant, on peut palper la fosse iliaque droite sans y déterminer de douleur et sans y percevoir aucune tumeur.

On ne provoque pas de gargouillements à la place habituelle du cæcum.

Pas de ganglions appréciables dans les aines ou la région sus-claviculaire.

La pression dans la région sus-ombilicale droite détermine une douleur profonde, et qui s'irradie en arrière vers les reins.

Signes fonctionnels. — Le malade se plaint de souffrir continuellement. Il compare ses douleurs à des crampes. La nuit elles s'atténuent un peu. De temps en temps les crises sont plus aiguës, localisées surtout dans la région sus-ombilicale droite et surviennent après la défécation.

Le sommeil est pénible, entremêlé de cauchemars.

Le malade va régulièrement à la selle. Les matières ne présentent aucun caractère. Une seule fois, il s'est produit une perte de sang rouge, il y a environ trois semaines.

Le foie est régulier ; son bord inférieur est lisse. Il n'est pas douloureux.

La rate semble un peu augmentée de volume.

Le poulx est lent et régulier.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Dans ses antécédents personnels, on doit noter qu'il a contracté la syphilis (chancre, roséole). Il s'est soigné seulement pendant trois mois avec des piqûres de calomel.

17 mars. — La contracture de la paroi étant moins marquée, on peut sentir au-dessous du foie, débordant les fausses côtes mais ne pouvant en être isolée, une tumeur dont la convexité inférieure descend au-dessous

d'une ligne transversale passant par l'ombilic. *Cette tumeur est dure, bosselée, un peu sensible à la pression, ne prend pas spontanément le contact lombaire. Mais ce contact s'établit lorsqu'on déprime la tumeur, si bien que dans ces conditions il est possible de percevoir une sensation de ballottement.* La tumeur suit les mouvements respiratoires. Elle est mate lorsqu'on la percute en déprimant la paroi, elle est sonore à la percussion superficielle.

OPÉRATION, le 21 mars 1904 (M. Hartmann). — Iléo-colostomie latérale sans résection. Guérison opératoire.

En septembre 1904, gastro-entérostomie (par de Quervain).

Mort tardive, 29 décembre 1904.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, on découvre une masse dure, composée d'une agglomération de gros intestin et d'intestin grêle. C'est sur la portion ascendante du côlon, au voisinage de son angle droit, que siège la tumeur primitive, réduite aux dimensions du poing.

Plusieurs anses de l'intestin grêle sont agglutinées à sa surface; et tout à fait en dehors, la paroi y adhère, dans la région comprise entre la crête iliaque et la dernière côte : on doit, pour en séparer la tumeur, ouvrir la cavité intestinale.

On retrouve nettement le cæcum et l'appendice accolés au foie. Le cæcum n'a rien : la lésion commence un peu plus haut sur le côlon ascendant, et remonte jusqu'à l'angle. L'appendice est énorme et dilaté. La valvule iléo-cæcale est saine. Les lésions ne commencent guère à être visibles qu'à un centimètre au-dessus. Le côlon ascendant, l'angle et la moitié du côlon transverse sont perdus en une masse, de parois épaisses (plusieurs centimètres), ayant envahi le lobe droit du foie et qui enserre la deuxième portion du duodénum sans pénétrer dans sa cavité.

Cette masse est creusée d'une anfractuosité à parois irrégulières.

Les deux orifices de la gastro-entérostomie et de l'entéro-anastomose sont perméables et présentent un orifice du diamètre d'une pièce d'un franc environ.

Le foie est légèrement augmenté de volume. Il est d'aspect normal, sauf à la partie moyenne de la face supérieure où il existe un noyau néoplasique secondaire de la grosseur d'un œuf de pigeon. A la partie moyenne du bord antérieur, dans la région de la vésicule, la glande se confond avec le reste de la tumeur.

Poumons normaux : 50 grammes environ de liquide séreux dans chaque plèvre.

Cœur normal : franges grasses demi-fluides au niveau des sillons inter-ventriculaires.

Reins : le gauche est normal. Dans le droit, les calices et l'uretère sont dilatés.

La vessie est en rétention.

La rate est petite, mais normale.

Examen histologique — Il s'agit d'un adéno-carcinome végétant.

Obs. II (H. HARTMANN). — *Cancer de l'extrémité supérieure du côlon ascendant. — Entéro-anastomose iléo-colique. — Guérison.*

Pierré L..., 60 ans, entre, le 28 novembre 1903, dans le service de notre maître M. Hartmann, pour des douleurs abdominales ayant le caractère de coliques. Le malade était envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de rein mobile chez un saturnin.

Ces douleurs ont débuté il y a un mois, sous forme de coliques qui survenaient une heure ou une heure et demie après le repas du soir, quand le malade était au lit ; elles débutaient par le bas-ventre, mais ne tardaient pas à s'irradier à tout l'abdomen, sans jamais s'étendre du moins vers la cuisse. Elles s'accompagnaient de gargouillements, « de gondements dans les boyaux, qui lui semblaient se gonfler et aller d'un côté à l'autre ».

En même temps le malade était pris d'une violente envie d'uriner, qu'il ne pouvait satisfaire que par l'émission de quelques gouttes et au prix de grands efforts. Cependant cette miction soulageait le malade.

Les coliques duraient environ un quart d'heure, avec des exacerbations toutes les 2 ou 3 minutes ; elles étaient souvent calmées par des lavements de guimauve ou d'huile. Elles se renouvelaient généralement 2 ou 3 fois dans la nuit, s'accompagnaient d'éruclations, mais jamais de vomissements, et souvent d'émissions de gaz qui soulageaient le malade.

Quinze jours après leur apparition, ces crises sont devenues diurnes, survenant au début, une ou deux heures après le repas ; elles étaient assez violentes mais jamais au point d'obliger le malade à prendre le lit. Peu à peu ces coliques sont devenues plus fréquentes, presque constantes ; elles étaient calmées par les lavements, mais réapparaissaient dès que le malade absorbait de la nourriture.

Après cette période de coliques sont survenues des selles diarrhéiques, pendant 3 semaines environ, au nombre de 5 à 6 par jour, sans qu'elles provoquent de sensation spéciale au moment de la défécation au niveau de l'anus. A la suite de cette période de diarrhée, nouvelle période de constipation. Le malade a ainsi présenté des alternatives fréquentes de constipation et de diarrhée ; mais les périodes de diarrhées étaient les plus longues.

Le malade n'a jamais eu de vomissements.

Par le régime lacté, les douleurs disparaissent au bout de 3 semaines : mais il persiste cependant une sorte de gêne, de malaise dans l'abdomen. Le malade se repose 2 mois ; puis il recommence peu à peu à manger, mais les douleurs reparaissent pendant les 2 ou 3 heures qui suivent le repas. Les coliques survenaient surtout après l'ingestion de vin et de viande. *Quand il reprend son travail, la fatigue et surtout la marche provoquent de nouvelles crises douloureuses, localisées dans le flanc droit et s'accompagnant de dyspnée au point de l'obliger à s'arrêter pendant quelques instants.*

Cet état persiste jusqu'à son entrée à l'hôpital.

On ne trouve rien dans ses antécédents personnels ni héréditaires.

Etat actuel. — Le malade dit avoir maigri surtout au moment de ses plus fortes crises.

Il ne ressent plus de coliques, mais il éprouve une sensation de pesanteur à l'hypogastre et dans le flanc droit à de très rares intervalles. Il n'a pas de diarrhée en ce moment ; il va bien à la selle sans lavements depuis 2 mois. Le ventre est souple, se laisse facilement déprimer.

La palpation dans l'hypochondre droit détermine une légère douleur très supportable.

Dans la région du flanc droit, empiétant un peu sur la limite de l'hypochondre, de la région ombilicale, et de l'épigastre, on sent, au palper, une tumeur profondément située, marronnée, dure, un peu sensible à la pression ; elle s'abaisse légèrement dans les grandes inspirations, semble néanmoins peu mobile. *Elle donne lieu à la sensation du ballottement, lorsqu'on soulève brusquement avec la main gauche l'espace costaliliaque.*

Pas de modification de la sonorité à son niveau.

Le foie n'est pas augmenté de volume.

La langue est bonne, le teint est pâle, terreux, avec un fond jaunâtre.

Examen du sang du 2 décembre 1903.

Hémoglobine	0,45
Globules rouges	22.950.000
Globules blancs	8.250
Polynucléaires	en quantité normale

Analyse des urines du 4 décembre.

Urée	12 gr.
Acide urique	0 gr. 34
Chlorures	9 « 05
Acide phosphorique	2 « 40
Albumine	faibles traces

OPÉRATION, le 7 décembre 1903 (M. Hartmann ; aide : M. Cunéo). Incision partant du rebord costal et descendant le long du bord externe du grand droit.

Nous trouvons une tumeur de l'extrémité supérieure du côlon ascendant, s'étendant jusqu'à l'angle droit du côlon. Dans le méso, nous trouvons une masse ganglionnaire qui se continue jusque dans le psoas où nous sentons un ganglion du volume d'une grosse noix, indépendamment de la masse principale.

Nous pratiquons l'iléo-colostomie, puis nous rapprochons le méso-iléon des franges du côlon ascendant, de manière à supprimer le trou existant du fait de l'établissement de l'anastomose.

Suites opératoires. — Dans les premiers jours, la température s'élève au-dessus de 38°. Le pouls est à 120.

9 décembre. — On note de la diarrhée (5 à 6 selles).

10. — T. : 36° 5. P. : 130. Mais l'état général reste assez bon.

13. — La température revient à la normale, elle s'y maintient désormais jusqu'au 2 janvier où elle remonte, mais ce jour-là seulement, à 39°.

14 janvier, *exeat*. — Le malade présente à ce moment des garde-robes régulières ; il ne souffre plus, mais conserve un facies jaune.

Contact lombaire, mobilité avec la respiration, ballottement, ces caractères sont communs aux tumeurs du côlon et aux tumeurs rénales, le diagnostic différentiel devra donc être basé sur l'existence ou l'absence de symptômes urinaires.

Nous conseillerions volontiers la position d'Israël pour la palpation bi-manuelle. Moins utile pour le côlon descendant qui est plus profond, plus dorsal cette position aurait du moins l'avantage, si les adhérences n'étaient trop intimes, de laisser la masse intestinale grêle obéir à la pesanteur et se séparer ainsi du côlon ascendant.

La localisation assez fréquente, du néoplasme sur les angles du côlon, conduira notre recherche d'abord vers l'angle hépatique. Celui-ci encore est plus ventral et plus rapproché de la ligne médiane. Guidé par ce que nous savons de ses rapports avec la vésicule biliaire, c'est dans cette région que nous chercherons à explorer l'angle hépatique du côlon. Sur une ligne étendue de l'extrémité de la 10^e côte vers l'ombilic, ayant reconnu la matité du foie, par la percussion nous ferons descendre notre palpation. Peut-être sentirons-nous, comme Morton (1) sur une femme de 45 ans, une masse dure, siégeant exactement contre le rebord costal et dans l'angle qu'il forme avec le bord externe du grand droit, à la place de la vésicule biliaire. La tumeur était mobile avec les mouvements respiratoires. L'opération démontra l'existence d'une tumeur de l'angle hépatique, adhérente à la vésicule biliaire et qui fut extirpée avec le fond de la vésicule.

La variabilité extrême de la situation anatomique du côlon transverse rend son exploration beaucoup plus incertaine, sinon plus difficile. Le voisinage de l'épiploon, du pancréas, de

(1) MORTON CH. A. A serie of cases of resection of malignant growths of the Colon. *The British med. Journ.*, 29 octobre 1904, p. 1149.

l'estomac, donne aux tumeurs du côlon transverse un caractère de complexité symptomatique qui peut dans une certaine mesure égarer le diagnostic. Tuffier et son élève Ducatte (1) ont signalé les anomalies de position du côlon transverse, et les erreurs auxquelles elles peuvent donner lieu. Nous nous souviendrons de la division du côlon transverse en anse hépato-colique et en anse gastro-colique. Chacun de ces organes, foie et estomac, va prêter ses symptômes physiques à la tumeur colique voisine. La percussion pourra cependant établir la limite entre la matité hépatique et la submatité de la tumeur. La consistance est différente, du foie, lisse et de la tumeur colique, bosselée et le plus souvent irrégulière. La palpation profonde avec les doigts déprimant la paroi sous le rebord costal, facilitera cette appréciation. Nous recommandons cette manœuvre que nous avons vu pratiquer par notre maître M. Hartmann et qui augmente certainement le champ, assez restreint de notre exploration, par la palpation sur cette région.

L'anse gastro-colique est beaucoup moins accessible à la palpation ; si l'on se souvient que l'anse gastro-colique est dirigée dans un plan qui tend à se rapprocher du plan sagittal, qu'elle se trouve séparée de la paroi abdominale antérieure par le grand épiploon et qu'elle se dirige au-dessous de l'estomac vers la paroi abdominale postérieure, on comprendra qu'elle échappe à la palpation directe. Il faudra une tumeur volumineuse émergeant de la profondeur, ou adhérente au grand épiploon pour qu'elle devienne sensible sous la paroi antérieure.

Tel le cas de Reverdin (2), où la tumeur du côlon transverse était recouverte par une collection inflammatoire suppurée prête à s'ouvrir à la paroi.

(1) DUCATTE, *Les ptoses du gros intestin et leurs complications chirurgicales*. Thèse Paris, 1899.

(2) REVERDIN, Epithélioma du gros intestin. Résection. Guérison. *Arch. prov. de Chirurgie*, janvier 1895, n° 1, p. 25.

L'angle splénique du côlon, par ses rapports intimes avec le rein gauche sera exploré par la palpation simple ou bi-manuelle, par les manœuvres ordinairement employées dans l'exploration du rein. Une tumeur de l'angle splénique varie néanmoins dans ses symptômes physiques suivant la longueur de ses attaches et du méso qui le relie à la paroi abdominale. Un méso court, un ligament phrénico-colique étroit, fixent l'angle au contact du rein gauche. Un méso long, un ligament lâche, souvent élongé par la tumeur elle-même (Obraztsov), permet au néoplasme ptosé de gagner la cavité abdominale ; et c'est dans l'abdomen, dans l'hypochondre gauche que l'on sent alors la tumeur : c'est ce qui avait lieu dans un cas (V. obs. XXV, p. 142) où la palpation permettait de localiser une masse dure marronnée, variable dans son volume, mais que nous pouvions toujours retrouver entre l'hypochondre gauche et l'épigastre. Il n'en est pas moins vrai que les tumeurs de l'angle splénique sont sur le côlon, celles qui échappent le plus souvent à la palpation.

Obs. III (H. HARTMANN). — *Cancer de l'angle gauche du côlon. — Colectomie*
Fermeture des deux bouts. — Entéro-anastomose latérale — Mort.

M. M..., 41 ans, entre à la maison de santé le 5 septembre 1902. Il y a six ans, le malade, jusque-là bien portant, éprouve des troubles dyspeptiques, accompagnés de vertiges. Malgré un amaigrissement assez considérable, sous l'influence d'un régime alimentaire, il se rétablit complètement.

Depuis un an et demi à peu près, le malade a présenté à des intervalles assez éloignés (3 à 4 mois) des crises de coliques qui durent 2 et 3 jours. Néanmoins les douleurs n'ont jamais été assez violentes pour l'obliger à suspendre ses occupations. Les selles restaient régulières, l'état général était bon, l'embonpoint et les forces satisfaisants. L'appétit seul était diminué.

Depuis près de 6 mois, les coliques sont devenues plus fréquentes : le médecin consulté prescrit des lavages de l'intestin.

Un mois après, c'est-à-dire, il y a environ 5 mois, le malade remarque de temps à autre la présence de sang dans les selles. On pense alors à des hémorroïdes : on pratique des cautérisations de la muqueuse anale et des lavages rectaux. L'eau de ces lavages revenait fortement teintée de sang.

25 juin 1902. — Le malade consulte le docteur Hartmann qui lui conseille d'examiner attentivement ses selles. Celles-ci sont alternativement molles

et moulées ; dans ce dernier cas elles sont peu abondantes, et le plus souvent recouvertes de matières muqueuses, que le malade compare à des peaux. Les selles contiennent quelquefois du sang ; dans ce cas, celui-ci est le plus ordinairement déposé à la surface des matières. Il arrive que dans la même journée, le malade a des selles sanglantes suivies de selles absolument dépourvues de sang.

10 juillet. — Il va consulter de nouveau le docteur Hartmann.

25. — Au matin, le malade est pris de frissons, en même temps qu'il éprouve une sensation de faiblesse très marquée. Il se produit alors une hémorragie intestinale assez abondante.

30. — Le malade fait appeler le docteur Hartmann, qui constate que les matières sont bien moulées, et qu'à ce moment il n'existe de sang qu'à leur surface.

Le toucher rectal est négatif. La combinaison du palper et du toucher ne laisse pas sentir de tumeur : on en conclut que le siège de l'hémorragie est assez haut sur le côlon descendant.

Sur les conseils du docteur Hartmann, le malade consulte le docteur Gilbert, qui en présence d'une selle fortement bilieuse ce jour-là, pense qu'il s'agit peut-être d'une affection hépatique, dont les hémorragies intestinales seraient symptomatiques.

Au mois d'août, le malade constate un jour dans ses selles la présence d'un *petit fragment organisé*, dont l'examen démontra la nature épithéliomateuse.

Depuis 6 mois, amaigrissement de 8 kilogrammes. A deux ou trois reprises, après les selles, tendance syncopale. Quelquefois, et c'est ordinairement quand l'hémorragie intestinale est plus notable, le malade éprouve, en allant à la selle, une sensation de déchirure dans le ventre.

État actuel. — Il y a peu de sang dans les selles, qui sont en moyenne au nombre de 2 à 3 par jour, tantôt moulées, tantôt pâteuses. Il est rendu de nouveau deux *petits fragments de tumeur*.

7 septembre. — Ayant pris, le matin, une cueiller à café d'huile de ricin, le malade présenta, quelques heures après, une selle presque entièrement constituée par du sang pur. En même temps, phénomènes syncopaux assez marqués. Une heure après nouvelle selle jaune, pâteuse, sans trace de sang.

Antécédents héréditaires. — Père mort, il y a deux ans, d'un cancer du côlon ascendant. Un de ses frères est tuberculeux.

Opération, le 8 septembre 1902 (M. Hartmann ; aides : MM. Cunéo et Lecène). — Anesthésie chloroformique : elle est difficile, nécessite une quantité très considérable de chloroforme, en tout 90 grammes environ.

Incision médiane sous-ombilicale : on ne trouve rien au rectum ni au côlon pelvien. On prolonge l'incision vers la région sous-ombilicale : nous remontons le côlon descendant et au niveau de l'angle splénique, nous trouvons une tumeur. Nous décollons l'intestin et nous l'amenons dans la plaie, imparfaitement, malgré un débridement à gauche perpendiculaire à

la première incision. Ablation de la tumeur, après écrasement de l'intestin et ligature : enfouissement du moignon par un surjet non perforant.

Entéro-anastomose entre le côlon transverse et le côlon descendant. Le tout un peu difficile, parce que l'intestin, les méso, sont surchargés de graisse.

Suture de la paroi, trois plans au-dessous de l'ombilic, deux au-dessus.

9. — Pouls fréquent, élévation de la température. Mort le même jour à 9 heures du soir, soit 36 heures après l'opération.

La palpation du côlon descendant se fera suivant les mêmes principes que celle du côlon ascendant, Néanmoins il faut se rappeler que le côlon descendant est plus dorsal que le côlon ascendant, que par conséquent, la masse intestinale grêle vient se placer contre la paroi latérale au devant de lui. Ce sera donc surtout pour le côlon descendant, plus profond, plus fixé anatomiquement aussi, que nous recommanderons la position d'Israël ou celle de Sims, qui laissant l'intestin grêle se déplacer vers le côté opposé, dégage le côlon descendant, plus accessible alors à la palpation bi-manuelle.

Le colon ilio-pelvien, au contraire, plus profond encore, à moins de fixation secondaire dans la fosse iliaque gauche se dérobe particulièrement aux recherches du palper. Ce sont les petites tumeurs du côlon pelvien qui se trouvent constituer la majorité des observations de cancer latent du gros intestin [(Bousquet (1), Fickermann (2)]. La situation variable de l'anse pelvienne du côlon vient encore compliquer la détermination du siège de ces tumeurs. « Parfois franchement pelvienne, parfois abdomino-pelvienne, tantôt massée dans la moitié gauche du bassin, tantôt elle apparaît dans la moitié droite et jusque dans la fosse iliaque droite. »

Nous pouvons donc appliquer à la palpation de ces tumeurs du côlon pelvien, la méthode générale préconisée par notre maître M. Hartmann, dans l'exploration des tumeurs pelvien-

(1) BOUSQUET, De la tolérance des néoplasmes du gros intestin. *Assoc. fr. de chir.*, 1904. Paris, XVII, p. 518.

(2) *Loc. cit.*

nes et qui constitue *l'examen en position élevée du bassin* (V. fig. 1).

Le malade est placé en décubitus dorsal sur plan incliné à 45°. Tout ce qui n'a pas d'attaches pelviennes anatomiques ou pathologiques obéit à la pesanteur et retombe vers le diaphragme en vidant le bassin. Dès ce moment l'inspection suffit quelquefois pour apprécier une tumeur qui, dégagée de la masse intestinale grêle, soulève la paroi abdominale déprimée.



Fig. 1. — Palper bimanuel en position élevée du bassin.

C'est qu'en effet, cette position a l'avantage de diminuer la résistance de la paroi. Celle-ci se déprime parce que l'hypogastre se vide, mais aussi parce que les muscles perdant leur point d'appui viscéral, n'opposent plus à la main qu'une résistance passive. Nous recommandons au malade de faire des respirations lentes pour éviter la respiration diaphragmatique qui a l'inconvénient de refouler à nouveau la masse intestinale grêle dans le bassin au moment de l'inspiration.

Nous commençons alors le palper en enfonçant la main et le bout des doigts jusqu'à ce que nous rencontrions le plan résistant du bassin. Il est alors facile, en recourbant l'extrémité des doigts d'explorer la fosse iliaque de dedans en dehors en ramenant à soi.

Si la tumeur siège dans la fosse iliaque, nous la sentons directement. Si la tumeur est plus médiane, souvent nous ne la sentons pas. Il faut alors terminer l'exploration par le *palper bi-manuel*, avec un doigt dans le rectum et une main sur l'abdomen ; on parvient à reconnaître par ce moyen, la tumeur. C'est ainsi que pour un cancer recto-sigmoïde nous sommes parvenu à amener la tumeur avec la main abdominale au contact du doigt rectal, suffisamment pour nous permettre d'apprécier la sensibilité, la consistance et même le volume de cette tumeur. Dans ce cas la palpation nous permet de faire la différence entre la tumeur proprement dite et une contracture en amont qui donnait, dans la fosse iliaque gauche, la sensation de la corde colique (V. obs. VII, p. 62).

Il faut s'habituer pour le palper bi-manuel appliqué à la recherche des tumeurs du côlon pelvien, à pratiquer le toucher rectal avec la main gauche en se tenant à la gauche du malade. Cette méthode permet à la main droite la palpation de la fosse iliaque gauche et de l'hypogastre, dans une direction logique et commode (V. fig. 1).

Dans un article intéressant, Schilling (1) donne la technique de la palpation de la « flexure sigmoïde ». Pour cet auteur, la position élevée du bassin est une erreur car elle modifie le rapport des organes abdominaux ; il lui préfère la position de la taille pour la palpation bi-manuelle. Il nous semble que la distinction es un peu subtile.

Mais nous retiendrons de la pratique de cet auteur un artifice de la palpation combinée à l'insufflation. Après avoir avec

(1) SCHILLING, Die palpation der flexura sigmoidea. *Arch. f. Verdauungskrankheiten*, 1905, t. XI, H. 4, p. 355.

la main abdominale délimité ce qu'il croit être l'anse sigmoïde, il la comprime sur la ligne innominée. Faisant alors l'insufflation rectale, il sent sous ses doigts l'anse se durcir et se gonfler. Il acquiert ainsi la certitude d'avoir affaire à l'S iliaque et non à une anse plosée du côlon transverse par exemple.

Ce diagnostic anatomique n'est pas inutile, car Schilling montre la situation de l'S iliaque si variable qu'on peut trouver, grâce à ses déplacements, jusqu'à quatre cylindres dans la région cæcale. L'anse est souvent à droite du promontoire et peut même se coucher jusque dans la fosse iliaque droite.

Ce serait exprimer une conception bien théorique que d'affirmer que la palpation méthodique, anatomique, permettra dans la majorité des cas de déterminer le siège précis d'une tumeur sur le gros intestin.

Nous avons insisté ailleurs sur les variations anatomiques mêmes, dans la situation des côlons sur les différences individuelles dans la longueur des mésos. Mais il faut tenir compte encore des variations acquises, dans la situation des côlons.

Aussi bien, n'est-ce pas tant pour aboutir à une détermination précise du siège d'une tumeur que nous avons insisté sur la palpation anatomique du côlon, que pour arriver par les moyens rationnels à découvrir avant tout une tumeur du gros intestin.

Pour en déterminer le siège nous aurons à notre disposition des moyens plus précis, qui viendront compléter les renseignements fournis par la palpation simple.

Nous pouvons dès maintenant prévoir, que ce sera surtout sur le côlon transverse et le côlon pelvien qu'il « ne faudra pas se fier à la place occupée par le néoplasme pour en déduire le siège ». Ces anses souvent mobiles, peuvent être plus facilement que les autres soumises à des ptoses congénitales ou acquises. Au contraire les angles du côlon, et le point de Schiefferdecker paraissent devoir s'opposer à ces déplacements pathologiques. La distension gazeuse enfin peut con-

tribuer à modifier les rapports des segments du côlon (Lessing) (1).

D'autre part, les cancers jeunes, nous l'avons vu, peuvent déterminer même sur les segments fixes du côlon, des elongations qui font une tumeur *mobile* et qui lui permettent d'occuper dans l'abdomen une situation relativement éloignée, en tous cas anormale. C'est ce que de Bovis (2) réunit sous le titre de ptoses ou ectopies de l'intestin et du néoplasme. Bazy (in Finet) (3) trouve une tumeur de l'S iliaque dans le Douglas. Von Baracz (4) résèque l'iléon et l'ascendant croyant réséquer le descendant. Israël (5) après l'établissement d'un anus artificiel, conclut que le transverse prolapsé dans le bas-ventre a été pris pour l'S iliaque; de même dans un cas de Lawford Knaggs (6) où le transverse envahi par un néoplasme avait déterminé dans sa chute à l'hypogastre l'ascension du cæcum qui fut trouvé sous le foie.

La résistance de la paroi ne cède pas toujours à la position sur plan incliné; il sera donc souvent nécessaire d'avoir recours à l'anesthésie pour pratiquer la palpation simple ou combinée. Tout récemment (V. obs. XIV, p. 79) nous avons pu avec notre maître M. Hartmann, reconnaître ainsi grâce à l'anesthésie, une tumeur qui nous avait échappé au palper bimanuel quelques jours auparavant.

Résultats de la palpation.

Il nous reste donc maintenant à dire ce que donne le palper

(1) LESSING, Ueber Lageveränderungen des Dickdarms bei Aufblähung. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1906, LXXXI, 1.

(2) DE BOVIS, Le cancer du gros intestin. *Rev. de Chir.*, 1900, p. 673.

(3) FINET, *De la valeur palliative et curative de l'exérèse dans le cancer du rectum*, Thèse Paris, G. Steinheil, 1895-1896, n° 541.

(4) VON BARACZ, Ueber 5 Darmresektionen. *Arch. f. klin. Chir.*, 1891, XLII, 3, S. 493.

(5) ISRAËL, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1894, n° 11, p. 275.

(6) LAWFORD-KNAGGS, A case in which the cæc. a. the ascend. and. transv. colon, etc. *Lancet*, 1898, p. 1042.

particulièrement au point de vue des tumeurs du gros intestin.

Nous pouvons résumer d'un mot le résultat du palper, en disant qu'il nous révèle la *tumeur*. C'est le symptôme essentiel que nous avons jusqu'ici soupçonné, mais que nous pouvons maintenant apprécier et décrire.

Or, la palpation est parfois difficile chez les sujets gras, où la paroi trop épaisse se laisse difficilement déprimer. La contraction de la paroi, le météorisme, le ballonnement, si fréquents opposent à l'exploration manuelle et digitale un obstacle sérieux ; la tumeur fuit sous la pression qui ne peut vaincre la résistance offerte par la distension intestinale.

Mais dans ces cas la palpation réveille la *douleur*.

1° Douleur (provoquée).

Cette douleur provoquée, quand elle est toujours retrouvée en un point déterminé de l'abdomen est un bon signe dont nous profiterons au moment favorable pour y chercher la tumeur.

Cette douleur est rarement aiguë ; on réveille plutôt une sensibilité sourde qui fait contracter la paroi. Il s'agit bien en effet d'une douleur *réveillée*, car elle peut persister après l'examen. Il semble que la pression au point douloureux ait excité un intestin irritable qui se contracte et détermine une colique douloureuse, une contraction qui peut dès lors se manifester sous forme d'ondes péristaltiques visibles sous la paroi.

Nous avons utilisé la palpation et même la succussion digitale pour provoquer la formation d'ondes péristaltiques si utiles au diagnostic.

Mais la douleur provoquée peut répondre à une sensibilité spéciale du néoplasme sans qu'il soit nécessaire d'invoquer une contracture douloureuse de l'intestin.

Cette douleur est souvent dans la palpation la première manifestation d'une tumeur. Avant même qu'on ait pu en établir le siège précis, les limites et les contingences, le malade accuse de la douleur. Cette douleur augmente si l'on cher-

che à mobiliser la tumeur, et dans certains cas on ne provoque de la douleur que si l'on cherche à imprimer à la tumeur un mouvement déterminé.

2° Tumeur.

La tumeur reconnue, le palper nous permettra souvent d'en apprécier la forme, le volume, la consistance et la mobilité.

a) **Forme.** — La forme est extrêmement variable, mais on peut néanmoins la ramener à deux types. Il s'agit d'une part de tumeurs arrondies, d'autre part de tumeurs cylindriques, ayant conservé la forme et la direction du segment intestinal envahi.

Nous retrouvons souvent dans nos observations ces deux types : les tuméfactions arrondies appartenant surtout aux tumeurs volumineuses qui ont déformé l'intestin, adhéré aux organes voisins pour les comprendre dans la masse que la main reconnaît et localise.

Dans plusieurs cas, et il s'agit alors souvent de tumeurs de la fosse iliaque gauche, nous trouvons la comparaison avec le poignet ; ce sont en effet des néoplasmes ayant conservé la forme de l'intestin, mais donnant l'impression d'une hypertrophie étendue sur une certaine longueur. On a parfois la sensation d'une corde colique, dont l'existence dans les tumeurs stercorales ne doit pourtant pas faire écarter *à priori* l'hypothèse de néoplasme.

La surface de ces tumeurs est rarement unie et lisse. Et telle tumeur balloterait-elle dans l'espace costo-iliaque, prendrait-elle même le contact lombaire, qu'elle se distinguerait encore par sa surface bosselée irrégulière et hérissée de nodosités, de l'aspect régulier et lisse que présentent le plus souvent les tumeurs rénales.

Nous trouvons souvent la tumeur marronnée (Obs. XXV, p. 142), rarement régulière. Cet aspect donne plutôt l'impression d'une masse que d'une tumeur à proprement parler : il

s'agit alors le plus souvent de néoplasmes volumineux dont les adhérences ont effacé les limites et les bords.

b) **Volume.** — Il est un point très important de la palpation des tumeurs du gros intestin, c'est le volume que présentent ces tumeurs.

En général, ce volume est extrêmement variable ; aussi bien n'y insisterions-nous pas s'il n'y avait souvent un écart très grand entre le volume réel et l'impression qu'on peut retirer d'un examen.

Il faut donc déjà pour juger avec quelque certitude s'entourer de certaines précautions qui facilitent la palpation en la précisant. Nous trouvons souvent indiqué dans les ouvrages allemands un procédé peu employé en France : c'est la palpation dans l'eau, le malade étant plongé dans un bain. Chez les sujets gras ou qui présentent une contracture de la paroi, le bain semble supprimer en partie l'obstacle opposé par les conditions du patient ; la paroi devient souple et facilement dépressible.

En revanche, l'anesthésie chloroformique est souvent employée pour aboutir à un résultat semblable, et la palpation peut être pratiquée alors avec fruit, en position élevée du bassin ou directement, ou même s'il s'agit des tumeurs des angles du côlon en décubitus latéral ou position d'Israël, ou de Sims.

On peut encore utiliser l'insufflation.

L'erreur la plus fréquente est de prêter aux tumeurs un volume supérieur à celui qu'elles ont en réalité. Cette erreur d'appréciation résulte de plusieurs causes.

Nous n'insisterons pas sur les adhérences qui effacent les limites précises et qui les fondent avec les parties avoisinantes. Dans ces cas, en effet, le volume de la tumeur dû aux adhérences est en quelque sorte un volume secondaire, mais adéquat à la gravité de l'intervention, du fait même des adhérences.

Il n'en est plus de même quand la tumeur se double et se

triple par l'accumulation en amont du rétrécissement d'un volumineux amas de matières stercorales, ou qu'il se produit d'autre part une contracture de l'intestin au-dessus de la tumeur.

Obs. IV (TUFFIER). — *Néoplasme du côlon descendant.*
Entéro-anastomose.

Olympe B..., 34 ans, entre le 8 mars 1903 dans le service de notre maître M. Tuffier, pour des douleurs abdominales.

La malade a toujours eu une tendance à la constipation ; de plus, à la suite des repas elle présentait des éructations et du ballonnement du ventre. Mais l'appétit a toujours été normal.

Il y a 4 ans, ictère émotif (?) qui dure 10 jours.

En avril 1901, la malade est prise de douleurs au niveau du flanc gauche avec crises paroxystiques, ténésme rectal. Les selles sont au nombre de 4 à 5 par jour ; elles sont glaireuses, sanguinolentes, et contiennent souvent des caillots.

Elle est traitée par la glace sur le ventre et des lavements. Les phénomènes disparaissent à la suite de ce traitement.

Depuis lors et chaque fois que la malade n'a pas été à la selle, elle éprouve au même point une douleur sourde.

Depuis décembre dernier, la malade maigrit.

Le 29 février apparaît brusquement une crise douloureuse.

La douleur naît au niveau du flanc gauche, se généralise sous forme de colique à tout l'abdomen, mais elle prédomine toujours à gauche. La crise dure trois minutes environ, et se termine par un vomissement bilieux. L'accalmie dure un quart d'heure et les mêmes symptômes se reproduisent dans le même ordre.

Sous l'influence du traitement les vomissements s'arrêtent, les douleurs se calment et la malade se lève le huitième jour. Pendant toute cette période, la constipation est opiniâtre, les selles ne sont obtenues qu'au moyen de lavements ; mais elles ne contiennent à ce moment ni glaires ni sang.

Trois jours plus tard, se produit une rechute qui dure encore 8 jours. Nouvelle accalmie de 3 jours.

La malade entre à l'hôpital au cours d'une nouvelle crise qui dure depuis 11 jours.

Depuis le début de la crise, la constipation est absolue, les lavements restent sans effet.

9 mars. — La nuit dernière, la malade a rendu beaucoup de gaz et se sent beaucoup mieux. Néanmoins les vomissements bilieux persistent.

La langue est un peu humide, blanchâtre, les lèvres sont sèches. La soif est vive, l'appétit conservé.

Le ventre est souple. L'estomac est dilaté. On perçoit du clapotement jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Le cæcum et le côlon ascendant sont dilatés et durs. Au niveau de l'échancrure costo-iliaque gauche, la palpation révèle une tumeur du volume du poing, dure, irrégulière, mate à la percussion et un peu sensible. Elle occupe la partie tout à fait supérieure de la fosse iliaque, et se prolonge en haut jusqu'au rebord costal. La tumeur, immobile transversalement, se laisse un peu mobiliser de haut en bas.

Pouls à 108. Température normale.

OPÉRATION, le 11 mars 1903. — Laparotomie latérale sur le bord externe du muscle grand droit du côté gauche.

On trouve une tumeur occupant le côlon descendant sur une étendue de 4 centimètres. Elle est dure, irrégulière, noueuse et bosselée. Elle se prolonge dans le mésentère sous forme de lymphangite et d'adénite, de façon que l'exérèse complète est impossible.

Entéro-anastomose à environ 4 travers de doigt de chaque côté sur le côlon transverse et le côlon descendant. Incision parallèle aux bandes-lettres de l'intestin, on procède comme d'ordinaire, au fil, avec ouverture de la muqueuse en dernier.

Suites opératoires. — Les jours suivants, la soif est vive, le pouls petit et vibrant. Il atteint 160 le surlendemain. La langue est rôtie, les dents sont fuligineuses, les narines pulvérulentes.

On note des vomissements noirâtres, la nuit qui suit l'opération et le lendemain.

Mort le 13 mars.

Contracture. — La contracture est souvent associée aux cancers du côlon. Nous pouvons même dire que c'est un phénomène constant, quoique intermittent, mais qu'une palpation attentive et répétée permet de surprendre, et qu'une succussion digitale peut faire naître dans la grande majorité des cas.

Elle a pour caractères essentiels d'être *spasmodique, intermittente, segmentaire et douloureuse*.

Son exagération, et son extension à toute l'étendue du côlon aboutit à une véritable *tétanisation* de l'intestin qui pourrait annoncer l'occlusion prochaine : c'est le dernier effort d'un muscle qui va se fatiguer, mourir physiologiquement, et c'est le prodrome de l'asystolie intestinale.

Parce qu'elle est spasmodique, la contracture est fugace et intermittente. C'est donc un symptôme qui paraît et disparaît ;

on comprend alors certaines tumeurs fantômes de l'abdomen, d'autant que le fait d'être segmentaire, donne à la contracture tous les caractères d'une tumeur.

Sa localisation de choix se fait sur le segment immédiatement sus-jacent à la sténose. Elle peut donc indiquer la tumeur, mais surtout elle en modifie le volume : d'où ce symptôme souvent noté, de la variabilité du volume des cancers coliques. Nous ne pouvons en donner de meilleur exemple que la malade de notre observation XXV (V. p. 142).

La malade constate elle-même dans le flanc et à l'épigastre des « bosses » perceptibles à la main, bosses fugaces que la friction fait disparaître. L'examen révèle un jour la présence dans l'hypochondre gauche d'une tumeur arrondie douloureuse, *allongée transversalement*, et assez volumineuse. Le lendemain nous ne trouvons plus qu'une tumeur petite, dure, marronnée et cette fois insensible à la pression. Un troisième examen nous permet de sentir la formation de la tumeur volumineuse, et d'assister en quelque sorte à l'extension du volume de la petite tumeur.

De même dans l'observation suivante :

**Obs. V. — Cancer de l'angle droit du côlon.
Entéro-anastomose. — Guérison.**

Mme G. B..., 57 ans, entre le 28 avril 1897 à la maison de santé de la rue Bizet pour y subir l'opération projetée.

Quand on interroge la malade, on apprend qu'elle est sujette à la constipation. En septembre 1896, elle commence à éprouver des douleurs dans le ventre : elles sont vagues, mal déterminées comme des douleurs rhumatismales. En octobre, la constipation semble augmenter, un traitement laxatif est institué : graine de lin, lavements, etc.

En *janvier* 1897, les douleurs dans le ventre deviennent un peu plus fortes,

En *février*, tous les 5 à 6 jours, puis tous les 4 à 5 jours surviennent des vomissements. De plus, en tout temps, mais surtout pendant les périodes digestives, elle éprouvait entre l'hypochondre droit et l'ombilic des douleurs que la malade compare à un déchirement, comme si, dit-elle, « ça ne pouvait passer ».

En même temps on note une insomnie relative, la perte de l'appétit et un amaigrissement considérable.

En *mars*, la malade éprouve de très grandes difficultés pour aller à la

garde-robe. Les vomissements très abondants se répètent tous les 2 à 3 jours à peu près : ils sont jaune foncé, ou verdâtres et sont accompagnés de douleurs violentes. On songea alors à des coliques hépatiques.

Quand la malade avait une garde-robe ou qu'elle rendait des gaz, elle se trouvait soulagée. Depuis 3 semaines elle est alitée, parce qu'elle se trouvait mal plusieurs fois par jour, du fait des vomissements. Les vomissements à ce moment étaient très fréquents, très abondants, non alimentaires mais bilieux ; ils survenaient par crises qui duraient quelquefois jusqu'à 24 heures ; il n'y a jamais eu de sang dans les garde-robes.

Antécédents personnels. — Il y a 5 ans, eczéma ayant duré 7 à 8 mois. Depuis lors, de temps en temps petites poussées. Douleurs rhumatismales depuis la même époque. Opérée d'un polype utérin, probablement fibreux, il y a 17 ans. Deux enfants : grossesses normales. Bonne santé habituelle.

Antécédents héréditaires. — La mère a 81 ans, le père est mort à 80 ans, une tante est morte d'un cancer, un oncle est mort d'un cancer intestinal.

Examen. — Le ventre est surchargé de graisse, le palper difficile. Il n'y a pas de ballonnement, à peine un léger météorisme ; on ne sent pas de tumeur ; *pourtant par moment, à droite, au-dessous de l'hypochondre, on peut sentir une tumeur, douloureuse, et dont les dimensions varient.* En la malaxant, on la voit quelquefois disparaître, en même temps qu'on sent sous la main un gargouillement que l'oreille perçoit même à distance.

La langue est sèche, rouge et vernissée.

La malade est prise presque quotidiennement de crises de douleurs violentes, avec vomissements répétés : le maximum des douleurs est toujours rapporté à l'hypochondre droit, ou immédiatement au-dessous.

La malade ne s'alimente presque plus. Les urines sont rares, à densité faible ; urée peu abondante (5 gr. 95 par 24 heures).

Les lavements ne ramènent jamais de matières ; ils reviennent tels quels, ou avec quelques glaires ou de la mousse grisâtre.

Diagnostic. — Cancer de l'angle droit du côlon.

Opération, le 29 avril 1897 (H. Hartmann). — Entéro-anastomose. Incision sur le bord externe du muscle droit, à droite. Ouverture de l'abdomen. Nous introduisons la main et nous constatons profondément, sous le foie, au niveau de l'angle droit du côlon, l'existence d'une tumeur dure et adhérente. Sur notre première incision, nous branchons, à la partie supérieure, d'un coup de ciseau, une deuxième incision se dirigeant perpendiculairement en dedans et fendant le tiers externe du muscle droit.

Nous pouvons alors explorer plus facilement les parties. Le côlon transverse est aplati, le cæcum distendu.

La partie initiale du côlon et la première partie du côlon transverse étant attirées dans la plaie, nous protégeons avec des compresses les parties sous-jacentes ; puis nous plaçons sur les compresses une gaze trempée dans du sublimé. Surjet postérieur séro-musculaire à la soie. Nous pratiquons alors l'ouverture de la partie initiale du côlon, sur 4 centimètres

environ. Malgré la compression faite par un aide, une grande quantité de gaz et un peu de liquide font issue avec fracas. Ouverture du côlon transverse : surjet circulaire arrêté de place en place avec deux fils liés ensemble, et qui comprend toute l'épaisseur des tuniques intestinales. Nous terminons ensuite le surjet séro-séreux. Essuyage des parties à la gaze stérilisée.

Fermeture du ventre à trois étage en totalité, après avoir abandonné librement dans le ventre les parties suturées.

Suites opératoires. — Assez simples.

12 mai. — Raccourcissement du drain ; un lavement est suivi d'une garde-robe. Les selles sont d'ailleurs quotidiennes, les urines abondantes.

L'alimentation varie : lait, riz de veau, œufs, soles frites.

15. — On place un drain plus petit.

16. — Suppression du drain.

19. — La malade se lève. La température est restée toujours normale, oscillant autour de 37°. La malade quitte la maison le 28. A la date du 22 juin, le membre inférieur gauche devient douloureux et œdémateux. La malade est obligée de s'étendre ; l'état général est bon, les forces sont revenues, le sommeil est normal et l'appétit excellent.

Suites tardives. — Mort, six mois après, de complication rénale (peut-être métastase), après amélioration qui a persisté jusqu'aux derniers temps.

Mais pourtant la contracture peut se montrer en des points variables, tantôt en aval, tantôt en amont de la tumeur. Elle est le signe de l'irritabilité du côlon, et n'est d'ailleurs pas exclusive aux cancers coliques.

Ectasie cæcale. — Ce symptôme qui peut être perçu dès l'inspection, sera confirmé par la palpation. — On pourra par la percussion déterminer du clapotage (Bouveret) (1). — La pression à ce niveau peut réveiller une sensibilité particulière, et presque de la douleur.

c) **Mobilité.** — La palpation doit tendre à rechercher le degré de mobilité des tumeurs. C'est une indication utile pour l'opération ; cela peut être même un moyen de diagnostic.

En effet, une tumeur très mobile risque fort d'appartenir au côlon transverse ou au côlon pelvien. Le degré variable de la mobilité dans tel ou tel sens, permet souvent de rattacher une

(1) *Loc. cit.*

tumeur tantôt au côlon pelvien, tantôt au côlon transverse, ce dernier fût-il en situation anormale.

Ballottement.— Le ballottement n'est qu'une forme de la mobilité des tumeurs situées dans la région costo-iliaque et qui prennent le contact lombaire. Nous avons vu que ce phénomène n'était pas propre aux tumeurs rénales. L'insufflation dans les cas douteux permettra de différencier ce diagnostic.

Mobilité avec la respiration.— Pas plus que le ballottement n'est pathognomonique d'une tumeur rénale, la mobilité d'une tumeur avec la respiration, quoi qu'en pense König, n'appartient en propre aux tumeurs gastriques ou pyloriques. Les nombreux cas publiés et ceux que nous avons observés, nous montrent la fréquence de cette mobilité des tumeurs coliques avec la respiration.

3° Gaz.

La palpation permet enfin de percevoir certains bruits gazeux plus ou moins intenses au niveau d'une sténose.

Bouveret pense que les borborygmes se forment dans l'abdomen exclusivement dans l'estomac, et au niveau du cæcum dilaté. Nous pensons et nous avons observé qu'ils se formaient encore dans le segment dilaté qui précède immédiatement la sténose.

CHAPITRE III

PERCUSSION

En elle-même la percussion est une manœuvre infidèle. Il peut être pourtant utile de percuter une tumeur abdominale. Une certaine persistance de la sonorité à ce niveau (dumpf tympanisch) peut faire pencher le diagnostic en faveur d'une tumeur intestinale. Mais une tumeur que l'on peut percuter directement, doit être déjà assez volumineuse pour que l'hésitation ne soit plus possible ; la percussion est alors une exploration de luxe dont on peut se passer.

Mais par ailleurs, la percussion nous permet de délimiter un météorisme local spontané, une ectasie cæcale par exemple ; et nous savons que celle-ci est un signe précoce de sténose colique.

Elle nous servira enfin à fixer par dermatographie le trajet du côlon insufflé.

Insufflation. — Il peut être utile de pratiquer simultanément ou successivement l'insufflation stomacale et l'insufflation recto-colique. Une sonde rectale ordinaire pour celle-ci ; le tube de Faucher pour celle-là, et la poire à insufflation du thermo-cautère, en constituent l'instrumentation simple et pratique.

L'insufflation est pratiquée doucement et on arrête aussitôt que le malade accuse de la douleur. Il est facile à mesure que progresse l'insufflation de voir se dessiner le trajet du gros intestin sous la paroi. Un tracé dermatographique d'après une percussion même rapide, permet de fixer ce trajet.

On peut alors en s'aidant de la palpation voir, une tumeur, s'accuser si elle est colique, disparaître si elle est rétro-péritonéale. Le côlon est par ce procédé presque réellement exté-

riorisé, et rien n'est plus simple, si on la sent, de localiser d'une façon précise une tumeur sur son trajet. Il est enfin possible de deviner une sténose étroite si le côlon ne se laisse distendre que dans une partie de son étendue.

Très supérieure à l'entéroklyse, l'insufflation ne laisse aucune trace de fatigue pour le malade. La sonde laissée à demeure pendant quelques minutes permet l'évacuation totale de l'air insufflé.

CHAPITRE IV

TOUCHER RECTAL

Il ne faut jamais négliger, surtout quand le diagnostic est difficile, et c'est la règle dans les tumeurs du gros intestin, de pratiquer le toucher rectal et le toucher vaginal. Un point mérite de nous arrêter : c'est la nécessité du toucher rectal chez la femme. Que de fois, quand une femme se plaint de douleurs hypogastriques vagues, mal localisées, l'idée préconçue qu'il s'agit d'une affection génitale utérine ou annexielle, fait-elle borner l'examen au toucher vaginal ? Celui-ci peut quelquefois égarer le diagnostic s'il permet de constater une lésion qui peut, étant donnée sa fréquence, n'être que concomitante. Et alors que de temps perdu en soins, sinon inutiles, du moins mal dirigés puisqu'ils ne s'adressent pas à l'affection prédominante et grave.

Mais c'est surtout dans les cas où le toucher vaginal est négatif qu'il faudra achever l'examen par un examen rectal : toucher ou proctoscopie.

Nous rappellerons encore que le toucher rectal pour des tumeurs de la fosse iliaque gauche ou droite devra toujours être pratiqué en position élevée du bassin, par palpation bimanuelle. Si même la main abdominale ne parvient pas à mobiliser absolument une tumeur pelvienne pour l'amener directement au contact du doigt rectal, elle pourra souvent faciliter au doigt rectal l'appréciation de cette tumeur, de son volume et de son degré de mobilité *indirectement* à travers la paroi rectale déprimée assez haut. D'ailleurs, le toucher rectal devrait être la règle dans toute affection intestinale, ne fût-ce que pour éliminer une lésion du rectum.

Il sera indispensable pour établir la possibilité d'une exploration, et de l'endoscopie recto-colique en particulier.

Il faut d'ailleurs utiliser tous les moyens d'exploration qui sont à notre portée. En cas d'anusiliaque temporaire, il sera possible de pratiquer le toucher rétrograde en se servant de l'anus artificiel.

Obs. VI (H. HARTMANN). — *Cancer recto-sigmoïde ouvert dans la vessie.*

M. J... entre le 14 septembre 1905 à la maison de santé pour y subir l'opération projetée.

Le début de l'affection remonte au mois d'avril 1904. A ce moment le malade souffre de dyspepsie et présente après chaque repas du ballonnement du ventre. Dès cette époque le matin, au lit, il constate lui-même l'existence d'une sorte de boule du côté gauche de l'abdomen. Cette boule facile à sentir se dissolvait sous l'influence d'un léger massage. Le malade accuse d'autres symptômes intestinaux : ils consistent en l'expulsion fréquente de gaz qui donnent issue en même temps à des glaires sanguinolentes.

En juillet 1904, survient une diarrhée rouge brun, et l'on soigne le malade pour de l'entérite. Le ténesme est fréquent et n'est suivi dans la plupart des cas que de l'expulsion de glaires sanguinolentes.

En septembre, malgré le traitement institué, les phénomènes intestinaux deviennent plus aigus. Il se produit 5 à 6 fois par jour des selles dysentériques et glaireuses. Le malade constate même une fois la présence d'un caillot de sang assez gros. L'état général devient mauvais et le malade maigrit.

D'octobre à décembre, l'état s'améliore, les glaires disparaissent des selles, les matières d'abord pâteuses deviennent moulées : mais elles sont toujours entourées de stries rougeâtres.

A noter que le malade présente des hémorroïdes internes qui sortent quelquefois.

En janvier, nouvelle irrégularité des selles qui redeviennent diarrhéiques et glaireuses. En même temps surviennent de temps à autre des difficultés dans la miction.

A cette époque, le malade accuse une douleur spontanée très localisée, du côté gauche de l'abdomen. Cette douleur s'irradie vers le périnée et l'hypogastre produisant la sensation de constriction que le malade compare à l'action d'une tenaille.

Cette crise dure 15 jours, puis le malade revient à un état à peu près normal.

En avril, les douleurs reparaissent dans le bas-ventre et le côté gauche avec les mêmes irradiations, mais elles sont plus violentes qu'en janvier.

Les selles sont encore une fois diarrhéiques, rouge-brun et d'odeur fétide. Concurrément reparaissent les douleurs de la miction. Puis la constipation devient opiniâtre.

Au mois de *juin*, saison à Plombières : mais dès le début, les douleurs deviennent violentes et ne peuvent se calmer malgré les douches périméales.

9 juillet. — Dans un effort pour aller à la selle le malade perd par l'urèthre quelques petits caillots de sang avec un peu d'urine ; quelques minutes après le malade perd par la même voie et en trois fois la valeur de 250 grammes de sang et de pus. Depuis ce moment, disparition des douleurs abdominales et périnéales. Il faut remarquer que pendant la période qui précède cet incident, le malade présentait tous les soirs une élévation de température de 38° 5 ou de 39° 4.

Le malade remarque alors que les urines de la nuit sont plus claires que celles du jour. Fréquemment des gaz sonores sont expulsés par l'urèthre.

La constipation reparaît, et l'on ne trouve plus de glaires dans les selles.

Au mois d'*août*, les urines sont plus troubles et le malade craint que cela ne soit dû à la présence de matières fécales. En effet le 29 août, le malade constate sans pouvoir s'y tromper la présence de matières fécales dans son urine ; il y reconnaît aussi des peaux de mirabelles cuites, mangées la veille. L'analyse confirme ces remarques.

Depuis le 3 *septembre*, les fonctions intestinales s'accomplissent à peu près normalement. Il y a une ou deux selles par jour, pâteuses et accompagnées de glaires.

Le matin le malade se plaint de coliques et d'élancements au périnée qui indiquent le passage des gaz par la fistule.

De plus, depuis l'établissement de la fistule entéro-vésicale on constate de l'anorexie : la bouche est sèche et la langue sale.

Examen. — La palpation révèle l'existence d'une douleur dans la fosse iliaque gauche.

Le toucher rectal est négatif ; mais la palpation bi-manuelle permet de sentir une tumeur dans la fosse iliaque gauche.

OPÉRATION, le 16 *septembre* 1905 (M. Hartmann).

On fait la colostomie iliaque par le procédé de dissociation en étoile.

18 *septembre.* — Ouverture de l'intestin au thermo-cautère.

23. — Après une purgation, ablation des mèches périphériques.

26. — Ablation du rouleau de gaze.

A partir du 10 *octobre*, élévation progressive de température qui atteint 39° le 22.

13. — Evacuation de pus par l'anus artificiel. A partir de ce moment la température revient à la normale. Les symptômes urinaires ont disparu et le malade sort le 14 *octobre*.

Suites tardives. — L'examen digital pratiqué par le bout efférent de l'anus iliaque permet facilement de sentir et de reconnaître la tumeur qui paraît peu mobile.

Dans le courant de novembre le malade expulse à plusieurs reprises par l'urètre des fragments de tumeur plus ou moins volumineux.

L'examen histologique de ces fragments organisés montre qu'il s'agit d'adénocarcinome typique.

Fin décembre le malade est vivant et relativement bien portant.

Mort tardive de cachexie en 1906.

CHAPITRE V

ENDOSCOPIE RECTO-COLIQUE

L'endoscopie recto-colique constitue une méthode d'exploration simple, pratique et précise qui ajoute l'inappréciable contrôle de la vision directe à l'examen plus ou moins délicat du segment terminal du gros intestin. Incontestablement plus facile que la cystoscopie et l'urétroscopie, elle est cependant peu employée en France, plus commune à l'étranger, ce qui n'empêchait pas en 1904, Rosenheim (1) d'écrire qu'elle comptait peu de partisans.

Historique. — Dès 1887, Otis (2) fait des expériences sur le cadavre et utilise déjà la position genu-pectorale. Kelly (3) en 1895, l'expérimente avec succès chez le vivant. Il est suivi dans cette voie par Fédoroff (4), Quénu et Duval (5).

Depuis les publications sont plus nombreuses, mais seulement à l'étranger. Laws (6) décrit un sigmoïdoscope pneumatique. En Allemagne, sous l'influence de Schreiber (7), de Strauss (8), de Rosenheim (9), etc. la procto-sigmoïdoscopie devient une méthode courante d'exploration.

(1) ROSENHEIM, Die Rekto-romanoskopie. *Deutsche med. Wochenschr.*, mars 1904, p. 377 et 422.

(2) OTIS, *Anatomische Untersuchungen am menschlichem Rectum*, von WALTER, 7 octobre, Leipzig, 1887.

(3) KELLY, *Annals of Surgery*. Vol. XXI, 1895.

(4) FÉDOROFF, 27^e Congrès de chir. allem. de Berlin, avril 1898.

(5) QUÉNU et DUVAL, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1898.

(6) LAWS, *Philadelphia med. Journ.*, janvier 1900.

(7) SCHREIBER, *Die Rekto-romanoskopie*, Hirschwald, 1903.

(8) STRAUSS, Die Recto-Romanoskopie. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1902, n° 4 ; *ibid.*, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1905, septembre, p. 1137.

(9) ROSENHEIM, *Loc. cit.*, et *Berlin. klin. Wochenschr.*, octobre 1905, p. 11.

En Amérique, Kelly (1) et Tuttle (2) perfectionnent la technique. En Angleterre, tout récemment, Lockart Mummery (3), publie son livre sur le sigmoïdoscope.

Depuis deux ans nous avons fait avec notre maître Hartmann un usage systématique du proctoscope qui nous a toujours rendu de réels services.

§ 1. — Instrumentation.

Nous ne parlerons pas des proctoscopes primitifs, pourtant peu différents des instruments modernes. Le sigmoïdoscope de 35 centimètres était alors un simple tube muni d'un obturateur. Une figure de l'article de Ramsay (4), publié en 1895, nous donne une vue générale de la technique et de l'instrumentation. On employait alors le miroir frontal, la source de lumière étant placée au-dessus du proctoscope sur le sacrum du sujet en observation.

Actuellement deux modèles se disputent les préférences : celui de Strauss, et celui de Kelly.

Procto-sigmoïdoscope de Kelly (V. fig. 2). — Il se compose de tubes de différentes longueur : 5, 15, 20 et 30 centimètres et de deux calibres, grand et petit. Les tubes sont exactement cylindriques et terminés du côté proximal par un entonnoir évasé.

L'obturateur est formé d'un embout assez court, rond et mousse, et fixé à une tige de même longueur que le tube qu'on emploie.

Une poignée mobile s'adapte par un cercle à ressort à l'en-

(1) KELLY, *Loc. cit.*

(2) TUTTLE, practical suggestions of the treatm. of rectal disease. *Internat. Journ. Surg. N.-Y.*, 1902, XV. 76 ; *ibid.*, 1902, XV, 3.

(3) LOCKART-MUMMERY, Remarques sur la valeur du sigmoïdoscope pour le diagn. différentiel entre la colite primitive ou secondaire, *Brit. med. Journ.*, 23 décembre 1905, p. 1630 ; *ibid.*, *The sigmoidoscope*, Baillière, London, 1906.

(4) RAMSAY, O.A report of a new method of examining the rectum and sigmoid flex. *Mathews med. Quarterly*, avril 1895, p. 1.

tonnoir du tube, et permet le maniement plus facile de l'instrument. La lampe se fixe par une double articulation au niveau de la poignée. On peut donc à volonté diriger ou écarter la lumière de l'axe prolongé du tube.

Quelques modifications heureuses ont été apportées par notre maître Hartmann à cet appareil. La poignée mobile, la

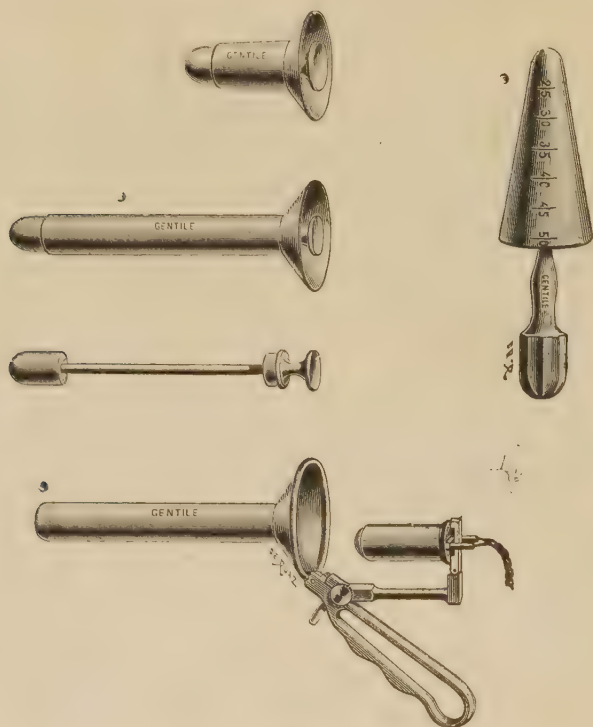


Fig. 2.

graduation des tubes en centimètres, ce qui permet de se repérer immédiatement pendant l'examen, et le resserrement élastique du bout distal qui étrangle le mandrin, mais permet de faire celui-ci d'un diamètre inférieur à celui du tube. D'où la certitude de retirer l'obturateur sans aspirer la muqueuse.

Recto-romanoscope de Strauss. — Il diffère du précédent

par l'adaptation d'un système d'insufflation et par son éclairage. Ce dernier est assuré par une lampe (froide autant que possible) placée à l'extrémité d'une tige mince et qui porte la lumière dans le tube jusqu'à 1 centimètre de l'extrémité distale de l'instrument. La tige de la lampe est elle-même fixée à un anneau qui s'articule en bayonnette sur l'extrémité proximale du tube. Une glace enchâssée dans un anneau cylindrique peut fermer ce même bout pendant l'insufflation par une articulation en bayonnette.

Une pièce métallique et creuse est soudée perpendiculairement sur la partie inférieure du tube et sert à l'adaptation d'une soufflerie (poire du thermo-cautère). L'air insufflé pénètre directement dans le tube. Pour assurer la libre communication de l'air extérieur avec l'air intestinal, et pour éviter l'aspiration de la muqueuse au moment de l'ablation de l'obturateur, 4 cannelures longitudinales sont creusées sur l'obturateur.

Le proctoscope de Tuttle est basé sur les mêmes principes : lumière centrale et insufflation, mais cet instrument présente à notre avis un grave inconvénient. La lampe est fixée au proctoscope : que la lampe s'échauffe ou qu'elle soit souillée et il faut pratiquer à nouveau une introduction qui est toujours pour le patient le seul temps un peu pénible.

Nous avons employé de préférence le proctoscope de Kelly. C'est un appareil simple et pratique et qui a toujours paru répondre suffisamment à toutes les indications.

§ 2. — Technique.

Soins préliminaires. — Le malade doit être préparé, autant que faire se peut, un jour au moins à l'avance par une purgation.

Le jour de l'examen on lui donnera un lavement évacuateur simple, trois heures au moins avant l'exploration.

La vessie sera vidée.

Nous ne saurions trop insister sur la nécessité d'un toucher rectal probatoire. Cet examen préliminaire nous instruit sur l'utilité ou l'inutilité ou même la possibilité de la proctoscopie.

Une tumeur anale peut être une contr'indication absolue. Nous pourrions citer le malade de notre observation XVII (V. p. 94), où même le toucher rectal avec le petit doigt était impossible.

Le toucher nous indique encore l'état du rectum et du sphincter.

Un sphincter contracturé est le signe d'une affection aiguë de l'anus ou du rectum : fissure, ou rectite : c'est une indication à l'emploi de l'anesthésie locale ou même de l'anesthésie générale.

Un sphincter dilaté et lâche peut coïncider avec la présence d'hémorroïdes, ou d'un cancer haut situé : il peut être le signe d'une faiblesse générale constitutionnelle ou le fait de l'âge.

Le toucher nous servira encore pour le choix du tube. Un rectum petit, contracturé ou rétréci nécessitera l'emploi d'un calibre restreint. La présence dans le rectum d'une tumeur perceptible au toucher nous fera préférer un tube court.

En cas de maladie aiguë du rectum ou du côlon reconnue par le toucher ou l'interrogatoire, Drucek (1) conseille de retarder le lavage du rectum, et de ne le pratiquer qu'après un premier examen. Il peut être utile en effet de voir sur place les sécrétions de l'intestin, les mucosités, les glaires ou le pus.

Anesthésie. — Kelly fait usage de l'anesthésie générale. Abstraction faite de la difficulté qu'il peut y avoir à maintenir un sujet anesthésié en position genu-pectorale convenable, nous pensons que l'anesthésie générale est inutile à moins d'indications particulières. Pour notre part, nous ne l'avons jamais employée qu'une fois et accessoirement (V. obs. XIV).

L'anesthésie locale au contraire peut rendre de réels servi-

(1) DRUCEK, Examination of the rectum and its value in diagnosis. *Med. Record*, 15 juillet 1905, p. 97.

ces dans les cas de contracture du sphincter, ou de fissure. — La méthode des tampons cocaïnés employée par Reclus est excellente et permettra une dilatation préliminaire et non douloureuse de l'anus.

Position à donner au malade. — Toutes les positions employées n'ayant d'autre but que de restreindre au maximum l'effet de la presse abdominale sur le rectum, il convient, ainsi que le dit Drueck (1), de faire entièrement déshabiller le malade. Cette précaution est indispensable pour laisser à la masse intestinale toute facilité à se déplacer.

On peut employer la *position de la taille*, la *position de Sims*, la *position genu-pectorale*. Toutes, d'après Drueck ont leurs indications et leurs avantages.

Les expériences de Schreiber (2) sur l'action de la presse abdominale sur le rectum, l'amènent à cette conclusion que de toutes les attitudes, la genu-pectorale atténue cette presse au maximum. La pression dans le rectum est inférieure dans cette position, à la pression atmosphérique ; d'où pénétration spontanée de l'air dans le rectum.

Rosenheim et Tuttle emploient la position de Sims. Il est évident que cette attitude en décubitus latéral trouve son indication dans l'impossibilité pour le patient de s'agenouiller. Nous l'avons employée une fois. Il s'agissait d'un malade qui avait subi deux ans auparavant une gastro-entérostomie pour cancer. Il revient avec des symptômes d'obstruction intestinale qui font penser à un néoplasme recto-colique. La proctoscopie nous fit voir que la masse sentie au toucher rectal était nettement extra-rectale, mais comprimait seulement le rectum. La proctoscopie fut faite en position de Sims à cause d'une ankylose ancienne du genou. Il nous fut possible avec le tube de contourner la tumeur et d'arriver au-dessus dans la région recto-sigmoïde. La muqueuse était partout absolument saine.

(1) DRUECK, *Loc. cit.*

(2) SCHREIBER, *Loc. cit.*

Une opération ultérieure (H. Hartmann) démontra l'existence d'une carcinose généralisée du péritoine.

Mais, d'une façon générale, nous préférons à celle de Sims, la position genu-pectorale sans anesthésie générale (V. fig. 3).

La chute de la masse intestinale vers le diaphragme supprime toute presse abdominale. Le rectum se trouve libéré : il s'étire et se déplisse spontanément. Il en résulte même un appel d'air vers sa lumière qui constitue une insufflation spon-



Fig. 3. — Endoscopie recto-colique en position genu-pectorale.

tanée très suffisante et bien supérieure à celle de Strauss. La muqueuse se laisse ainsi déplisser et ne se précipite pas au-devant du proctoscope pour gêner sa progression. Si même des matières étaient demeurées dans l'intestin, elles obéiraient à la pesanteur, le rectum étant à ce moment en déclivité vers le diaphragme.

Nous faisons usage d'un lit d'examen assez bas. Le patient se place lui-même en position genu-pectorale selon nos indications. Les cuisses légèrement écartées doivent être perpen-

diculaires à la table. On fait creuser les reins au malade, pour exagérer la lordose lombaire.

Il peut être nécessaire de pratiquer tout d'abord une légère dilatation anale. Nous la ferons avec ou sans cocaïne au moyen du dilatateur conique de Kelly (V. fig. 2).

Puis on enduit de vaseline le proctoscope muni de son obturateur et au besoin la région anale elle-même.

Examen proprement dit. — L'introduction du tube est le seul temps un peu pénible de cet examen : il est donc nécessaire d'y apporter beaucoup de patience et de douceur. Nous avons l'habitude d'appuyer le tube muni de son obturateur sur l'orifice anal, en commandant au malade de pousser. Cette manœuvre dilate spontanément l'anus qui s'ouvre sur l'extrémité arrondie et mousse de l'obturateur, lequel s'engage alors très facilement dans le canal anal et pénètre dans l'ampoule rectale.

Pendant tout le temps de cette introduction il faut tenir le tube *horizontal* ce qui s'accorde avec la direction anatomique du rectum dans la position genu-pectorale.

Aussitôt que l'on est arrivé dans l'ampoule, on sent l'extrémité du proctoscope libre et mobile. Il est alors préférable de retirer l'obturateur et de continuer la progression en s'aidant de l'éclairage et de la vision directe : Schreiber et les auteurs (1) qui ont traité de la proctoscopie ont longuement décrit l'anatomie interne du rectum, et les obstacles naturels que doit reconnaître et franchir le proctoscope au cours de l'exploration.

Le rectum comprend le canal anal ou segment périnéal, limité en bas par le sphincter externe et en haut par le sphincter interne.

Au delà commence l'ampoule rectale où l'on rencontre successivement le pli coccygien et le pli sacré inférieur. L'ampoule est limitée à sa partie supérieure par le pli recto-sigmoï-

(1) KELEN, Ueber den praktischen Wert der Rekto-romanoskopie. *Pester med. Chir. Presse*, av. 1904, XI.

dien. On parvient ainsi au défilé recto-sigmoïdien, facilement reconnaissable à la brusque diminution du calibre intestinal. Schreiber décrit précisément au niveau du point rétréci qui conduit dans le côlon pelvien, un constrictor recto-romanus que Strauss appelle *compressor terminalis*. Dans la partie inférieure de cette anse on trouve encore les plis sigmoïdiens, puis plus haut les plis labiés et l'on arrive à l'extrême limite (30 ou 35 cent.) à la *Regio inflexionis*.

En réalité tous ces plis et valvules sont extrêmement inconstants et variables et ne présentent qu'une importance toute relative. La vision directe permet toujours de contourner l'obstacle qui se présente le plus souvent sous la forme d'un croissant de lune plus ou moins saillant, et dont les valvules de Houston constituent le type le plus constant. On dirige l'extrémité du proctoscope vers le bord libre du repli semi-lunaire : aussitôt on aperçoit dans l'axe de l'instrument la lumière du segment sus-jacent où l'on pousse directement le proctoscope.

C'est affaire d'éducation assez simple d'ailleurs, d'apprendre à chercher ainsi la lumière libre de l'intestin : on y parvient par de légers mouvements de circumduction de l'appareil.

Il ne faut pas oublier que le rectum est en réalité un *curvum* (Lisfranc) parallèle à la courbure du sacrum. Si donc la traversée du canal anal doit être horizontale, on doit aussitôt dans l'ampoule, abaisser le manche de l'instrument de 90 degrés environ au-dessous de l'horizontale (Meller) (1). Cette manœuvre sera faite lentement et avec délicatesse. La progression se fera dès lors sous le contrôle de l'œil, l'extrémité du proctoscope remontant peu à peu la courbure sacrée ; il en résulte que peu à peu le proctoscope revient à l'horizontale ; il y est à nouveau au moment où l'on arrive à l'ostium recto-sigmoïdien.

(1) MELLER A., Ueber Rekto-romanoskopie, *Wien. klin. Wochenschr.*, 17 mai 1906.

La graduation est très utile pour se repérer constamment dans l'intestin qu'on explore. A 11 centimètres de la marge de l'anus, pour Schreiber et pour Strauss, on doit atteindre la région recto-sigmoïde.

En réalité, il faut compter avec les variations individuelles, mais aussi avec les variations de longueur que détermine la position genu-pectorale. Un rectum libre, se déplisse et s'étire par la chute et la traction de la masse intestinale sus-jacente.

Il vaut donc mieux se baser sur ce qu'on voit, et il est presque toujours possible de reconnaître le point recto-sigmoïdien à ses caractères anatomiques. Ordinairement les plis muqueux deviennent plus nombreux, la lumière intestinale peut même se cacher au milieu d'eux. Strauss trouve à l'orifice recto-sigmoïdien la forme d'un Y ou d'une tricuspide.

Toutes ces descriptions sont exactes, mais varient d'un individu à l'autre.

Nous dirons enfin avec Lockart Mummery, qu'il faut compter dans cette région avec un obstacle extra-rectal constitué par le promontoire. On peut croire en effet que l'intestin ne se redresse plus et qu'il existe plus haut un obstacle pathologique au libre déplissement de l'intestin.

Souvent ce n'est que la saillie du promontoire contre laquelle vient buter le proctoscope. C'est pourquoi tous les auteurs s'accordent à dire, qu'il faut pour une pénétration facile de la flexure sigmoïde, relever à ce moment le manche du proctoscope au-dessus de l'horizontale (Strauss, Kelen, Mummery, etc...) (1). Cette manœuvre sera d'autant plus facile, que la saillie du promontoire sera moins marquée, plus facile par conséquent chez l'homme que chez la femme. Meller fait remarquer avec juste raison, que ce mouvement de bascule a son axe à peu près à la moitié du tube. Le relèvement de la moitié proximale n'est possible qu'avec une traction en arrière de l'anus et du sphincter, traction qui a des limites : on ne

(1) *Loc. cit.*

tarde pas à rencontrer le coccyx et d'ailleurs ce soulèvement peut être douloureux. Meller conseille alors une manœuvre extrêmement utile qui consiste à incliner de côté le proctoscope, en même temps qu'on le soulève. La raison de cette manœuvre et de la facilité qu'elle donne nous apparaît clairement : par cette inclinaison le bout du proctoscope n'a plus à doubler la saillie maximale du promontoire ; il peut passer sur les côtés de l'angle vertébral sacro-lombaire. Cette petite manœuvre est du reste sollicitée par la situation même de l'orifice sigmoïdien qui est latéral et non médian ; nous n'oserions dire droit ou gauche, car cette orientation est essentiellement variable et dépend ordinairement de la longueur de l'anse pelvienne.

De cette longueur de l'anse dépend encore la pénétration plus ou moins facile de l'instrument ; la proctoscope peut entrer directement dans une anse courte ; les difficultés augmentent avec l'accroissement en longueur de l'anse sigmoïde repliée sur elle-même.

D'une anse longue, on ne pourra nécessairement avec des tubes de 30 ou 35 centimètres, qu'explorer la partie inférieure. Il est évident que lorsque le côlon pelvien atteint les chiffres de 84 centimètres (Schreiber), la palpation bi-manuelle restera pour les tumeurs de sa portion la plus haute, le moyen d'exploration le plus sûr et le seul possible (Schilling) (1).

On peut suivre sur les figures d'après nature annexées à cette étude, quelques aspects différents du rectum et du côlon dans la traversée de ce segment du gros intestin (V. fig. 4, 5 et 6). C'est d'abord un des replis semi-lunaires de l'ampoule rectale, puis l'entrée du détroit recto-sigmoïdien, enfin le côlon pelvien normal.

Strauss a noté au cours de l'exploration sigmoïdienne, une pulsation large des parois de l'intestin : elle s'explique par le voisinage de l'artère iliaque interne ; et Mummery donne une

(1) *Loc. cit.*

figure où la saillie de l'artère iliaque interne gauche est visible sous la paroi de la flexure sigmoïde.

Il existe encore des mouvements plus ou moins marqués d'expansion dus aux mouvements respiratoires (Strauss), et dont il est possible de profiter lors du déplissement de l'intestin dans l'*expiration*, pour la progression du tube.

Insufflation. — Les difficultés que l'on éprouve à passer de l'ampoule rectale dans le côlon pelvien ont conduit certains auteurs à préconiser l'emploi de l'insufflation. Celle-ci doit déplisser la muqueuse au devant du proctoscope et ouvrir en quelque sorte la voie à l'instrument. C'est le but poursuivi par

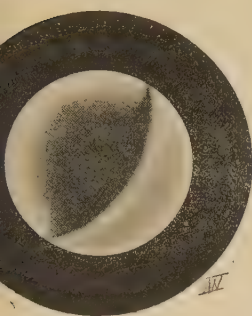


Fig. 4.

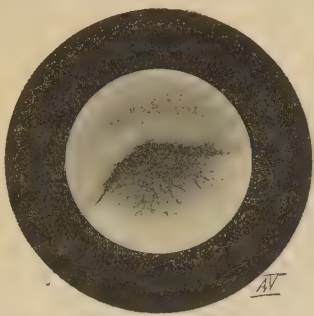


Fig. 5.

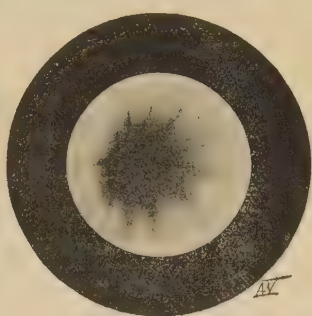


Fig. 6.

Laws, Tuttle et Strauss, et qu'ils ont cherché à réaliser dans la construction de leurs appareils.

Strauss qui s'est servi pendant cinq ans du proctoscope de Kelly, déclare qu'il n'est parvenu à le faire pénétrer dans le côlon pelvien, que dans une minorité de cas. Et c'est ce qui l'a conduit, après Tuttle, à adopter l'insufflation.

Nous considérons, pour notre part, que l'insufflation est une complication de technique, qu'elle peut rendre l'examen douloureux et que même elle peut être dangereuse.

C'est en effet une complication que la manœuvre qui consiste à adapter au proctoscope une glace obturatrice, puis de l'enlever à nouveau en cas d'excès d'insufflation. Dans tous les cas où nous l'avons pratiquée, la sigmoïdoscopie fut possible sans difficultés et sans insufflation.

La pression négative dans l'ampoule est dès le début une condition excellente et suffisante de progression rapide dans le rectum et l'on parvient toujours surtout avec le tube de petit calibre à pénétrer dans la flexure sigmoïde.

On a fait au tube de Kelly un autre reproche : celui d'aspirer la muqueuse au moment de l'ablation de l'obturateur. Les quelques modifications apportées par notre maître Hartmann au proctoscope de Kelly suppriment cet inconvénient. L'obturateur glisse librement et lâchement dans le tube ; son adaptation exacte est assurée grâce à l'étranglement élastique du bord de son extrémité distale ; c'est là l'application du principe utilisé dans l'ajustement du trocart à la sonde aspiratrice de l'appareil Potain. Il serait d'ailleurs facile de faire profiter le tube de Kelly, de l'excellente idée de Strauss, qui réalise la libre communication de l'air extérieur avec l'air intestinal, au moyen de cannelures creusées longitudinalement sur l'embout de l'obturateur.

L'air insufflé ne demeure pas d'ailleurs localisé au segment intestinal sur lequel on peut agir, il se répand au loin dans tout le côlon ; et alors de deux choses l'une, ou la quantité d'air insufflé est insuffisante pour déplisser efficacement la muqueuse et l'intestin, ou bien elle doit être indéfiniment renouvelée, et l'on détermine des coliques pénibles et douloureuses qui peuvent empêcher la continuation de l'examen (Hartmann).

Enfin l'insufflation peut être un danger et nous ne sommes pas le seul à la repousser. Meller a bien montré qu'elle était toujours mal supportée, et qu'elle pouvait être cause d'accidents. Cet auteur fait justement remarquer qu'il est impossible de prévoir la limite de résistance de la paroi intestinale ; il s'agit en effet d'une paroi malade envahie par un néoplasme, ou par une ulcération tuberculeuse ou autre. On peut donc redouter une perforation à ce niveau. Meller signale encore la possibilité d'une appendicite provoquée par le reflux des matières dans le cæcum (?)

Telles sont quelques-unes des raisons qui nous font préférer le tube de Kelly à celui de Strauss.

Mais encore Kelen, pourtant partisan de l'appareil de Strauss, signale l'échauffement possible par la lampe et l'obligation où l'on se trouve de la changer de temps à autre. Strauss lui-même déclare qu'il faut, de temps en temps, ouvrir le tube fermé par la glace, pour permettre à l'air froid de pénétrer dans le rectum et d'empêcher l'élévation trop grande de la température intérieure, par la lampe.

Proctoscopie rétrograde. — Nous avons vu que l'introduction du proctoscope devait être faite directement à travers le canal anal jusque dans l'ampoule rectale. Il n'est donc possible



Fig. 7.

d'examiner toute cette région recto-anale que par la proctoscopie rétrograde.

Celle-ci doit être faite dans tous les cas sans exception : elle assure un examen complet et nous permet de contrôler directement l'état de la muqueuse anale, d'y reconnaître la présence d'ulcérations, de fissures ou d'hémorroïdes internes,

Nous avons figuré à l'état normal le passage du proctoscope au niveau des colonnes de Morgagni (V. fig. 7).

§ 3. — Indications de l'endoscopie recto-colique.

Elles sont très simples et très nettes. Elle sera employée

toutes les fois que l'on soupçonne une affection ou une altération au niveau de l'anus, du rectum ou du gros intestin.

Il n'y a de contr'indication que celle que nous avons déjà indiquée : un rétrécissement infranchissable de l'anus. Une contracture par lésion de l'anus ou du rectum peut être vaincue par anesthésie générale ou locale. En cas d'anesthésie générale nous emploierons de préférence l'attitude de Sims.

1. — Cancer du rectum et du côlon pelvien.

Le proctoscope permet à l'œil de se porter directement sur une tumeur du rectum dont on peut apprécier l'aspect, le siège et l'étendue.

Mais c'est surtout dans les cas où le toucher rectal est insuffisant, que le proctoscope rend des services en confirmant un diagnostic établi seulement sur des probabilités. C'est le cas de certains cancers recto-sigmoïdes qui peuvent parfaitement échapper au toucher rectal et même au palper bi-manuel (V. Obs. XIV, p. 79).

Obs. VII (M. HARTMANN). — *Cancer recto-sigmoïdien.* *Amputation abdomino-périnéale.*

M. R..., 56 ans, entre dans le service de notre maître M. Hartmann le 20 novembre 1905, parce qu'il a présenté il y a 8 jours une hémorragie abondante par l'anus.

Le début semble remonter à 18 mois, époque à laquelle il eut une hémorragie semblable. Mais antérieurement déjà le malade était un constipé ; il restait plusieurs jours sans aller à la selle, mais n'avait eu jusque-là aucun symptôme, ni fonctionnel, ni objectif.

C'est ainsi qu'à la suite d'une période de constipation plus longue, le malade se présente un matin à la selle. Après des efforts violents, il expulse péniblement des matières dures, sèches, segmentées et diminuées de volume, mais non aplaties. Elles ne présentent à ce moment pas trace de sang. Mais environ une heure après, le malade éprouve, chose à laquelle il était peu habitué, un besoin assez pressant ; et il rend par l'anus la valeur d'un verre de sang pur. Ce sang est rouge foncé, assez liquide et contient quelques caillots. Pendant 14 heures, à une heure d'intervalle chaque fois, le malade a des selles semblables, composées à peu près de la même valeur et de la même quantité de sang.

Il garde le lit 8 jours et reprend ses occupations.

Depuis lors jusqu'à la dernière hémorragie qui date de 8 à 10 jours il n'a

jamais perdu même un filet de sang. En revanche, les troubles fonctionnels deviennent un peu marqués.

Mais le malade qui s'observe peu, ne s'en est jamais autrement inquiété.

La constipation est devenue habituelle. Le malade reste 8 et 10 jours sans aller à la selle, mais sans être autrement incommodé : il n'accuse aucun symptôme de dyspepsie stercorale. Il n'éprouve non seulement pas de ténesme, mais il n'a jamais même la sensation de besoin et c'est uniquement à cause de la longue durée de ses constipations qu'il se présente à la selle.

Les selles sont légèrement modifiées dans leur forme : elles sont toujours petites, segmentées mais jamais ni rubanées, ni laminées. Parfois, mais seulement dans ces derniers temps, les efforts que fait le malade pour aller à la selle n'aboutissent souvent qu'à l'expulsion de quelques mucosités glai-reuses, jamais striées de sang.

Le malade dit avoir quelquefois remarqué dans ses selles la présence de fragments « ressemblant à de la chair », mais il est difficile de faire préciser la nature de ces déchets.

Le malade souffre peu ; c'est tout au plus si dans ces derniers mois il s'est plaint au moment où la période de constipation est à son maximum, de coliques, qu'il localise toujours à l'ombilic.

Il attire l'attention sur ce fait qu'il a pu constater lui-même, qu'il voit au moment de ses coliques se former un gonflement sous la paroi de la fosse iliaque gauche ; et s'il y porte la main, il y sent une boule assez dure.

Enfin, il y a 10 jours, hémorragie par l'anus qui rappelle par ses caractères exactement la précédente. Mais elle dure seulement 12 heures, et le malade ne reste alité que deux jours. A noter que le malade fait depuis quelques mois de la bicyclette et qu'il prétend avoir vu sa constipation céder un peu sous l'influence de cet exercice.

Pas d'amaigrissement, pas de troubles du côté des urines.

Examen. — Rien à l'inspection.

A la palpation on sent une tumeur dans la fosse iliaque gauche et qui roule sous le doigt, qui est sensible et quelque peu mobile dans le sens latéral.

Cette tumeur se modifie un peu les jours suivants, diminue de volume et donne alors à peu près l'impression de la corde colique de Glénard.

Hernie inguinale droite volumineuse.

Toucher rectal. — Il est négatif.

La palpation bi-manuelle pratiquée sur plan incliné permet de distinguer deux tumeurs : l'une qui est celle que l'on sentait par la palpation directe dans la fosse iliaque gauche et une autre du volume d'une grosse noix, qu'on parvient à abaisser avec la main abdominale, sur le doigt rectal. Néanmoins, le doigt dans le rectum n'arrive pas directement sur la tumeur, mais la perçoit indirectement à travers les parois rectales. Cette tumeur est douloureuse.

Proctoscopie. — Le malade est placé dans la position genu-pectorale. On se sert du proctoscope n° 24. L'introduction est facile : on aperçoit la

muqueuse de l'ampoule rectale enflammée, légèrement tomenteuse et recouverte d'un exsudat grisâtre.

Un peu plus haut, à 10 cm. $1/2$ de l'anus, le proctoscope est arrêté, et l'on aperçoit au fond de sa lumière une ulcération épithéliomateuse (V. fig. 8). Cette ulcération est limitée par un bourrelet saillant de la muqueuse qui est infiltrée, violacée et saigne assez facilement.

On pratique alors, en s'aidant du proctoscope le cathétérisme du rétrécissement néoplasique ; en effet, la sonde introduite dans le rectum sans l'aide du proctoscope, bute exactement à 10 cm. $1/2$ et ne franchit pas le rétrécissement.

Il semble que la végétation néoplasique soit surtout développée sur la paroi postérieure du rectum. En effet, la sonde pénètre plutôt au contact de la paroi antérieure de cet organe. On introduit par la sonde un lavement de bismuth en amont du rétrécissement pour une épreuve radiographique.

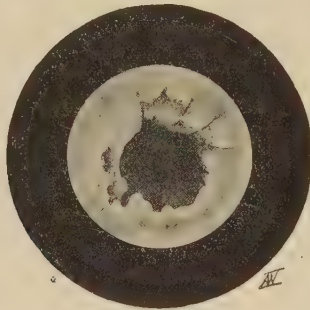


Fig. 8.

Radiographie (V. planche). — Sur l'épreuve radiographique, on peut voir l'ampoule rectale avec ses dimensions normales et au-dessus le rectum se continuer avec le côlon pelvien par une filière rétrécie qui présente 1 cm. $1/2$ de haut. Le côlon au-dessus du rétrécissement ne paraît pas très dilaté. Plus haut le côlon descendant est rectiligne et très étroit.

OPÉRATION, le 1^{er} décembre 1905. — Amputation abdomino-périnéale du rectum et d'une partie du côlon pelvien (M. Hartmann ; aides : MM. Lecène et Okinczye).

Position élevée du bassin. Incision médiane de l'ombilic au pubis. L'épiploon engagé dans une hernie inguinale droite ne se laisse pas amener. Nous l'attirons, décollant avec l'ongle et finissons par dégager une grosse masse épiploïque graisseuse en voie de transformation scléreuse dans la portion qui répondait au collet de la hernie. Ecrasement et ligature en deux paquets, puis excision.

Nous pouvons alors examiner l'excavation. La tumeur cancéreuse soulève la séreuse sous forme d'une bosselure occupant toute sa circonférence

et adhérent à la vessie. Comme en arrière la tumeur ne paraît pas envahir les parties voisines nous décidons de tenter l'ablation.

Incision en avant de la tumeur sur la face postérieure de la vessie. Décollement sur une hauteur de 2 cm. 1/2 environ : au-dessous, il existe un petit espace libre entre le rectum et la vessie, ce qui nous fait craindre un instant d'avoir pénétré dans la vessie.

Section du méso-côlon en arrière de la tumeur ; ligature des vaisseaux qu'on ne voit qu'après section à cause de la graisse qui infiltre ce méso ; 3 catguts sur ces vaisseaux.

Le malade est alors amené au bout de la table sur un coussin, cuisses en flexion et abduction.

Ligature de la marge de l'anus avec une soie fauflée. Incision curviligne en avant de l'anus. De cette incision partent deux autres qui encerclent l'orifice et vont se rejoindre en arrière pour se terminer sur la partie latérale gauche du coccyx.

Mise à nu et résection du coccyx. Décollement pré-sacré. La sacrée moyenne donne en jet, elle est pincée, liée avec un catgut passé à l'aide d'une aiguille courbe dans les tissus fibreux pré-sacrés.

Décollement en avant. Déchirure du rectum pendant ce décollement. Nous arrivons au décollement rétro-vésical, fait par l'abdomen et nous arrêtons.

Section des releveurs, puis des replis latéraux du rectum. Nous abaïssons peu à peu l'intestin dont finalement la portion franchement intrapéritonéale (côlon pelvien) est amenée à la peau. Pince élastique sur l'intestin et section.

Fixation en deux points à la face postérieure de la prostate ; deux points qui réunissent en même temps les débris des releveurs, rétrécissent ainsi un peu la grande brèche antérieure et chargent au passage la paroi antérieure de l'intestin. Fixation à la peau un peu en avant de la partie postérieure de l'incision. Drain pré-sacré. Tube dans le rectum. Tamponnement à la gaze iodoformée du grand décollement pré-rectal.

Suites opératoires. — Pendant les premiers jours qui suivent l'opération le malade se trouve assez bien. On fait un pansement le second jour et l'on constate une tendance à la suppuration des parties cruentées, ce qui n'est pas surprenant, étant donné la déchirure faite sur la paroi antérieure du rectum au cours de l'opération. Néanmoins, la température reste normale, le drainage s'effectuant facilement par l'énorme brèche périnéale.

Au quatrième jour on constate une tendance au sphacèle des parties superficielles ; il en résulte que l'intestin tend à perdre ses points d'attache à la peau et remonte un peu.

On fait le pansement deux fois par jour pour nettoyer le malade des matières fécales liquides qui baignent la plaie. Lavages à l'eau oxygénée.

Le malade ne vidant pas complètement sa vessie, on est obligé de pratiquer deux fois par jour le cathétérisme. Celui-ci est assez difficile, car il existe dans l'urèthre un point légèrement rétréci, ce que l'on avait d'ail-

leurs constaté au cours de l'opération. La sonde bécuille ne passe pas ; on emploie une sonde bougie qui passe assez facilement.



Fig. 9. — Cancer recto-sigmoïde. Extirpation abdomino-périnéale.
Pièce opératoire (HARTMANN).

Peu à peu le bourgeonnement s'établit au niveau des surfaces cruentées, l'état général se relève et le malade s'alimente avec assez d'appétit. Actuellement (28 déc. 1905) l'aspect du malade est bon. Le cathétérisme

de la vessie n'est plus nécessaire, et n'était l'ascension du bout inférieur de l'intestin, tout pourrait faire espérer une guérison dans les meilleures conditions.

Sorti guéri 3 mois après l'opération.

Examen de la pièce (V. fig. 9). — Au moment de la résection le segment extirpé présente une longueur de 30 centimètres environ ; mesuré à la fin de l'opération du fait de la rétraction, nous ne trouvons plus que 24 centimètres. Le segment intestinal présente au niveau même de la portion indurée qui forme tumeur, une lipomatose assez marquée. Le volume est celui d'une petite mandarine.

La section porte à 2 centimètres au-dessus de la tumeur : l'intestin est ouvert et étalé ; toute la portion inférieure à la tumeur présente un aspect de rectite surtout manifesté par la présence de nombreuses papilles en saillie sur la muqueuse, mais sessiles ; elles sont de volumes variables mais ne dépassant pas celui d'une petite lentille ; il existe deux de ces papilles sur le segment sus-jacent à la tumeur. Celle-ci est représentée par une ulcération de la grandeur d'une pièce de 5 francs environ, elle est limitée par un bourrelet qui forme collerette plissée et festonnée ; elle est à peu près circulaire, assez profonde en son milieu et occupe presque toute la circonférence de la lumière intestinale (V. fig. 9). Il existe un petit sillon de muqueuse saine qu'on ne peut voir qu'en écartant le bord saillant de l'ulcération qui vient s'adosser au bord saillant de l'autre extrémité de l'ulcération.

La lésion épithéliale tranche par sa coloration violacée sur le reste de la muqueuse qui est rosée et grisâtre. A la partie inférieure du rectum on peut voir sous la muqueuse les veines [hémorroïdales] assez développées, mais non variqueuses.

Examen histologique. — Il s'agit d'adéno-carcinome typique.

2. — Hémorroïdes.

Des hémorroïdes hautes et fluentes seront ainsi reconnues, et il nous est arrivé dans un cas de préciser et de voir le siège d'une hémorragie artérielle qui avait déterminé une anémie assez grave.

Obs. VIII (H. HARTMANN). — *Hémorroïdes fluentes.*

Mathieu M..., 44 ans, employé de commerce, entre le 23 janvier 1906 pour des pertes de sang par l'anus.

Le 14 juillet 1903, le malade a une défaillance et tombe dans son magasin. Il présentait à cette époque, depuis 3 mois des pertes quotidiennes de sang (environ une cuiller à soupe) qui était en partie mélangé aux matières et qui s'écoulait en partie après la selle.

Il est traité par des injections d'adrénaline et de sérum, mais continue à rendre du sang par intervalle. Le 1^{er} juin 1904, il reprend à peu près

son travail. On lui faisait chaque jour un lavage du rectum qui ramenait quelques fausses membranes. En *juin* 1905, il est obligé de s'aliter environ 10 jours pour une hémorroïde procidente et augmentée de volume. A ce moment il est toujours faible, souffre dans le ventre et rend beaucoup de gaz. En *septembre*, 8 selles sanglantes.

28 *décembre*. — Il rend du sang rouge et noir ; il en est de même le 29.

30. — 6 selles sanglantes.

31. — Syncope : il est obligé de s'aliter ; le sang s'arrête alors.

Les selles demi-molles sont accompagnées de glaires.

18 *janvier* 1906. — Le malade est pâle mais non amaigri.

A l'examen du rectum, on constate la présence d'un bourrelet hémorroïdaire.

Au *toucher rectal*, on perçoit sur la face postérieure du rectum une saillie arrondie qui fuit sous le doigt qui la comprime.

Proctoscopie. — Le malade est placé en position genu-pectorale. On emploie le proctoscope court. On peut constater par la *proctoscopie rétrograde* que la muqueuse du canal anal est congestionnée, bleuâtre. Un peu plus haut sur la face postérieure du rectum au niveau de la saillie perçue par le toucher, on voit nettement une artériole qui saigne et dont le jet vient se briser contre la paroi du proctoscope. On enfonce alors le proctoscope pour explorer plus haut le rectum jusqu'à 20 centimètres de la marge de l'anus. Cet examen montre une muqueuse absolument saine avec sa teinte rosée habituelle. Au niveau de la marge de l'anus un bourrelet rouge violacé forme un paquet hémorroïdaire non douloureux et qui ne saigne pas au cours de l'exploration.

OPÉRATION, le 2 *février* 1906 (M. Hartmann).

Dilatation de l'anus, incision circulaire à la jonction de la muqueuse et de la peau. On décolle celle-ci de la face interne du sphincter. Suture muco-cutanée au catgut après excision du bourrelet hémorroïdaire.

Drain dans le rectum, ouate iodoformée.

Récemment encore, nous avons pu reconnaître l'existence d'une couronne d'hémorroïdes internes chez un malade qui ne présentait pas la moindre trace d'hémorroïdes externes.

Obs. IX. — H. HARTMANN.

M. D..., âgé de 43 ans, imprimeur, entre le 20 décembre 1906, salle Civiale, parce qu'il rend du sang par l'anus.

Il y a environ 7 ou 8 ans, le malade a remarqué pour la première fois dans ses selles la présence de quelques caillots de sang rouge. La défécation n'était pas douloureuse. Le malade croit se souvenir qu'à cette époque, il existait autour de l'anus des petites tumeurs molles qui disparurent dans la suite. Mais les selles restent sanglantes de temps à autre.

Il y a un mois, les pertes de sang étaient quotidiennes et se produisaient à la fin de chaque défécation, qui est suivie d'un jet de sang rouge. La quan-

tité évaluée par le malade, serait habituellement de 15 centimètres cubes. Sauf du prurit anal, le malade n'accuse aucun autre symptôme. Cependant la constipation est habituelle et oblige le malade à se purger tous les jours.

Depuis quelque temps, sous l'influence des pertes de sang répétées, le malade accuse de l'affaiblissement et des douleurs de jambes. A l'examen le teint est blafard, et le malade présente un certain degré de bouffissure de la face. L'examen des urines relève la présence de quelques traces d'albumine.

Toucher rectal. — On sent des irrégularités mollasses en avant et en arrière de l'ampoule, au-dessus du sphincter interne. La muqueuse paraît un peu granuleuse.

Proctoscopie. — Le malade est placé en position genu-pectorale.

L'introduction du tube est facile, non douloureuse. L'ampoule rectale est libre. La muqueuse présente sa coloration rosée habituelle.

La proctoscopie poursuivie jusque dans le côlon pelvien ne montre rien d'anormal. On ne constate aucun écoulement de sang venu des parties supérieures de l'intestin.

La proctoscopie rétrograde nous permet de constater avec la plus grande netteté, l'existence d'une couronne d'hémorroïdes internes au-dessus du sphincter interne. Le reste du canal anal est absolument sain, il n'existe pas trace d'hémorroïdes externes.

OPÉRATION, le 29 décembre (M. Lecène ; aide : M. Okinczyc). — Extirpation de la muqueuse par le procédé de Whitehead, suture au catgut n° 1, on voyait très bien dans ce cas des ampoules veineuses dilatées dans l'épaisseur du sphincter.

Suites opératoires. — Guérison.

3. — Rectites et colites.

Nous avons eu l'occasion à plusieurs reprises de pratiquer la proctoscopie chez des malades atteints de colite. La muqueuse a un aspect caractéristique ; au lieu d'être rosée, lisse et brillante comme à l'état normal, elle apparaît œdémateuse, boursoufflée et dépolie. On peut reconnaître facilement un état congestif particulier, avec vascularisation intense. La muqueuse est recouverte d'exsudats blanchâtres muqueux et glaireux, parfois purulents, quelquefois même sanguinolents (V. obs. XVI, p. 92).

Obs. X. — Colite et rectite.

X..., 36 ans, nous est envoyé par le Dr Létienne, parce que depuis dix

ans environ ce malade rend par l'anus des matières diarrhéiques, mêlées de pus et de sang.

Les échantillons que le malade apporte nous permettent de constater dans les selles la présence de sang et de glaires. Le sang est visible sous forme soit de filaments, soit de petits caillots.

Palpation. — Sur toute son étendue, le côlon est dur et contracturé.

Toucher. — La muqueuse rectale est granuleuse.

Proctoscopie. — On aperçoit une muqueuse dépolie, œdémateuse et congestionnée : elle est recouverte d'exsudats blanchâtres et concrets. On pousse le tube jusque dans le côlon à 30 centimètres de l'anus. Partout les lésions sont les mêmes ; un fragment de muqueuse est prélevé.

Biopsie (D^r Lecène). — Lésions inflammatoires. Grains de sécrétion et de mucus en quantité anormale dans les glandes. Le tissu conjonctif interglandulaire est enflammé. Vaisseaux dilatés et entourés de lymphocytes. Nombreux plasmazellen de Unna.

Il existe parfois sur la muqueuse rectale des proliférations polypoïdes (rectite proliférante) qu'il n'est pas rare de voir coïncider avec le cancer (V. obs. VII et fig. 9).

Notons encore la possibilité de reconnaître directement l'existence de polypes rectaux, ce qui permettra de différencier une tumeur bénigne d'avec une tumeur maligne. On peut imaginer la valeur d'une certitude de ce genre apportée par le proctoscope pour les indications opératoires.

4. — Endoscopie indirecte.

Enfin la proctoscopie peut servir indirectement au diagnostic de tumeurs même éloignées.

Par elle, nous pourrions établir nettement le siège d'une entérorragie à différencier d'une hémorragie anale, l'écoulement au niveau du côlon de pus ou de sanies provoquées par la présence d'un néoplasme colique haut situé et que le proctoscope ne peut atteindre.

Obs. XI. — *Néoplasme de l'anse sigmoïde. — Cœliotomie exploratrice. — Anus iliaque. — Guérison opératoire.*

Pascal S..., 55 ans, entre le 9 janvier salle Civiale, dans le service de notre maître M. Hartmann, pour des douleurs de la région hypogastrique.

Il y a un an environ, le malade a commencé à ressentir des élancements

passagers, survenant à un moment quelconque de la journée, et quelquefois la nuit. Ces douleurs fugitives, suivaient un trajet, toujours le même : elles commençaient en avant au-dessus de la symphyse pubienne, puis contournaient la paroi latérale de l'abdomen, en restant parallèles, et un peu supérieures au trajet crural, pour se localiser avec le plus d'intensité dans la région coccygienne et le long du rectum. Ces douleurs que le malade attribuait à des hémorroïdes cessaient le plus souvent après l'émission de gaz par l'anus.

Vers le mois de novembre 1904, survient une pesanteur qui va jusqu'à la douleur, dans la région vésicale. Le décubitus horizontal et le repos de la nuit atténuent beaucoup cette sensation. Puis cette douleur augmente, et le malade est obligé de cesser son service, vers la fin de décembre. Ni la marche ni les secousses n'augmentaient cette douleur ; mais déjà alors la toux provoquait une sensation douloureuse dans la fosse iliaque gauche.

Dans le courant de décembre, le malade remarque que la palpation de la fosse iliaque suivie de dépression brusque, provoque une légère douleur.

Vers ce moment, l'appétit diminue, mais il ne semble pas qu'il y ait eu de l'amaigrissement.

Dès lors, les matières habituellement moulées, un peu bosselées, ont été à plusieurs reprises aplaties et comme laminées. Depuis 12 jours, une capsule d'huile de ricin, prise chaque matin, détermine des selles liquides au nombre de 2 à 3 par jour.

Les hémorroïdes dont le malade est porteur depuis 15 ans provoquent depuis longtemps un suintement séro-sanguin à l'anus.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Dans ses antécédents personnels, on note des éruptions furoncleuses fréquentes et l'on apprend que le malade est sujet à de l'œdème des paupières, survenant sans cause appréciable et de peu de durée.

Etat actuel. — L'inspection de l'abdomen ne montre rien de particulier.

La palpation de la fosse iliaque gauche, dans une zone triangulaire limitée en haut par une ligne horizontale passant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, en dedans par la ligne blanche, en bas et en dehors par une ligne parallèle à l'arcade crurale et coupant la ligne médiane à 1 centimètre environ au-dessus de la symphyse, provoque de la défense musculaire et de la douleur ; celle-ci paraît maxima vers l'angle inférieur et interne du triangle.

Toute l'étendue de cette zone est submate à la percussion.

Un bourrelet hémorroïdaire, partiellement enflammé, garnit le pourtour anal.

Au toucher rectal, combiné à la palpation, on sent une tumeur haut placée, que le doigt ne peut atteindre par l'intérieur de la cavité intestinale, mais qu'il sent à travers les parois de l'intestin. Dans la fosse ilia-

que gauche, on perçoit l'intestin dur, sans qu'il soit possible de déterminer s'il s'agit d'une tumeur proprement dite ou d'une contraction de l'intestin au-dessus de la tumeur.

La proctoscopie ne permet pas d'arriver jusqu'à la tumeur, mais dans la partie supérieure de l'ampoule rectale, il s'écoule des parties sus-jacentes, un liquide sanieux.

Le foie a une surface de projection normale.

Les reins ne sont ni perceptibles, ni douloureux.

OPÉRATION, le 4 février 1905 (M. Hartmann). — Cœliotomie médiane. On trouve dans le petit bassin une *tumeur adhérente à la vessie*. Le méso situé en arrière d'elle est infiltré jusqu'à la colonne vertébrale. Dans ces conditions, toute tentative d'ablation doit être abandonnée. Nous refermons.

Deuxième incision oblique, à gauche. Dissociation des plans musculaires : nous attirons le côlon descendant à sa jonction avec le côlon pelvien, nous perforons le méso, et nous plaçons au-dessous de la perforation un catgut qui est repassé à travers le péritoine pariétal.

Dans la perforation nous plaçons un rouleau de gaze iodoformée.

Suites opératoires. — Elles sont très simples : l'anus est ouvert le deuxième jour au thermo-cautère.

Le dixième jour après la première purgation, ablation des mèches du tour.

Le treizième jour, après la seconde purgation, ablation de la mèche transversale.

Un mois après, le malade quitte l'hôpital amélioré.

Suites tardives. — Avril 1906, le malade revient à l'hôpital. Il a présenté à deux reprises, malgré son anus contre nature, des crises d'obstruction passagère. Toute la paroi de la fosse iliaque gauche est soulevée par une tumeur du volume d'une tête d'adulte. Le toucher pratiqué par le bout efférent de l'anus iliaque permet d'arriver sur la tumeur qui est immobile et fixée au pelvis. Mort à la fin d'avril 1906. L'autopsie n'a pu être faite.

Obs. XII. — *Cancer du côlon descendant. — Résection après extériorisation. — Récidive un an après, à distance sur le côlon pelvien. — Deuxième résection. — Guérison.*

Mme L..., 59 ans, nous est adressée par M. le Dr Rigal, elle entre à la maison de santé de la rue Oudinot le 18 septembre 1904 avec des symptômes d'occlusion chronique.

La malade a été longtemps soignée pour une affection diagnostiquée : ulcération du côlon avec péri-colite simulant un néoplasme.

Il y a 15 ans la malade aurait rendu beaucoup de sang par l'anus. Des lavements froids auraient arrêté cette hémorragie qui ne se reproduit pas.

En 1900 la malade, qui à cette époque mangeait beaucoup de fruits, présente une diarrhée absolument liquide durant ordinairement 5 à 6 jours. Ces phénomènes se reproduisent une série de fois sans douleurs.

Les selles renferment dès ce moment des glaires et du sang.

Déjà alors le ventre se gonflait, empêchant la malade de mettre un corset; entre les périodes de diarrhée, la malade se trouve assez bien, mais tous les 8 à 10 jours elle rend un peu de sang, les matières sont enveloppées de mucosités sanguinolentes, depuis elle a rendu des glaires sans matières, renfermant toujours un peu de sang.

12 août 1903. — Après une période de coliques qui dure 8 jours, elle ressent une douleur violente à la partie supérieure de la fosse iliaque gauche, il se produit des nausées sans vomissements. Le ventre est tympanisé. La sensibilité est extrême. La température s'élève à 38°3. Cette crise ne dura pas, mais trois jours après, le tympanisme reparait ainsi que les douleurs qui s'irradient jusque dans le côté droit du ventre. Pendant 3 ou 4 jours la malade ne peut avoir de selles. Elle prend alors du podophylle qui amène une débâcle. Les matières renferment des fausses membranes et du sang en assez grande quantité.

Depuis la constipation a persisté. Les garde-robes sont très dures et segmentées. Jusqu'au 15 octobre il y a du sang dans chaque selle. Amaigrissement considérable depuis le mois d'août.

En septembre, on constate la présence d'une tumeur qui en raison de la fièvre et des phénomènes péritonéaux est diagnostiquée: péri-colite simulant un néoplasme.

22 novembre 1903. — Nous voyons la malade pour la première fois. Le ventre est souple. Au palper de la fosse iliaque gauche, un peu en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, on sent une tumeur superficielle dure, un peu marronnée, mobile et douloureuse à la pression. En continuant le palper on constate que cette tumeur semble se continuer avec une induration plus profonde qui remonte dans le flanc gauche plaqué contre la paroi postérieure de l'abdomen. Ce prolongement de la tumeur est adhérent et également sensible. Il s'agit sans doute de contracture en amont de la tumeur. L'année se passe avec des alternatives de crises de douleurs et de périodes de répit.

En août 1904 se dessinent des symptômes nets d'occlusion chronique avec des crises de douleurs extrêmement violentes. Le ventre est un peu ballonné. On sent cependant dans le flanc gauche une tumeur dure du volume du poignet.

Les purgatifs arrivent à déterminer des évacuations, mais au prix de crises de coliques violentes et sans amener un débailonnement complet.

La malade est extrêmement amaigrie, s'alimentant à peine.

OPÉRATION, le 21 septembre 1904 (M. Hartmann; aide: M. Cunéo). — Cœliotomie médiane.

Rétractant la lèvre gauche de la plaie nous trouvons une tumeur sur le côlon descendant à sa jonction avec le côlon iliaque. A la partie latérale droite de cette tumeur vient adhérer le côlon transverse qui descend en forme de V à pointe inférieure. Nous libérons celui-ci en partie en le décollant avec l'ongle. Une incision au bistouri est faite en dehors de la tu-

meur sur le péritoine, pour pouvoir libérer la tumeur de la partie postérieure de l'abdomen. Le décollement se fait bien et nous constatons qu'il y aurait du tiraillement pour amener l'intestin au dehors de l'incision médiane.

Nous refermons alors par une suture au fil d'argent l'incision médiane et nous faisons un peu en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche une incision de la paroi par laquelle nous pouvons facilement amener la tumeur au dehors.

Au moment de cette extériorisation un peu de pus sort de la masse d'adhérences qui réunissait la tumeur au côlon transverse. Cette incision est fermée par une suture au catgut qui rétrécit ses deux extrémités pendant qu'au niveau de sa partie moyenne nous suturons l'intestin au péritoine pariétal aux deux extrémités. Au niveau de sa partie moyenne nous chargeons le méso en le fixant aux lèvres latérales de la plaie. Ecrasement du bout inférieur et du bout supérieur et ligature de la partie écrasée au catgut.

Ecrasement et ligature du méso.

Une petite boutonnière est faite sur le bout supérieur afférent. Dans cette boutonnière nous engageons une sonde vaginale de femme en verre : l'intestin est noué sur elle. Un tube de caoutchouc continue cette sonde, traverse le pansement jusque dans un seau. Tamponnement de la plaie autour de l'intestin, avec des mèches de gaze iodoformée.

Suites opératoires. — Elles sont assez simples. Néanmoins pendant quelques jours la température vespérale oscille autour de 38°.

Le troisième jour ablation de la canule, qui trop étroite est en partie bouchée par des fèces pâteuses.

27 septembre. — Ablation des mèches.

3 octobre. — Ablation des fils d'argent.

28. — Exeat.

Examen histologique. — Il a été pratiqué par M. le Dr Potier.

Il s'agit d'un épithélioma cylindrique, végétant, infiltrant la muqueuse et la sous-muqueuse. Lésions inflammatoires ; entre certaines végétations, on trouve des infiltrations sanguines disséminées. Les végétations sont exubérantes. Disparition de la muqueuse au niveau de la tumeur.

A la limite de la tumeur examinée on voit la muqueuse saine. Les glandes normales sont un peu plus développées à ce niveau, mais se séparent très nettement des éléments voisins cancéreux. En un point, on peut voir tous les éléments nécrosés et dissociés par l'infiltration sanguine.

Pendant une dizaine de mois la malade se porte assez bien ; mais vers le mois de juin 1905 elle se plaint d'éprouver à nouveau du ténesme rectal en même temps qu'il s'écoule par l'anus des glaires et du sang. La malade est revue à ce moment ; l'anus fonctionne bien et la palpation de la région iliaque ne révèle rien d'anormal. Le toucher rectal est négatif. *La procoscopie pratiquée à ce moment ne permet pas de reconnaître de nouvelle tumeur, mais montre que le sang vient des parties sus-jacentes à l'ampoule.*

Par le palper bi-manuel on sent une petite induration sur le côlon pelvien.

DEUXIÈME OPÉRATION le 8 juillet 1905 (M. Hartmann ; aides : MM. Lecène et Okinczyk). — De l'anus artificiel nous faisons partir une incision légèrement courbe presque transversale en dedans. Ouverture du péritoine. Limitation du champ opératoire. Nous circonscrivons le pertuis fistuleux répondant à l'abouchement cutané du bout inférieur de l'intestin, le séparant de l'ouverture du bout supérieur.

Nous amenons au dehors le côlon sectionné lors de la première opération et pouvons alors constater l'existence d'une induration à la partie inférieure du côlon pelvien. Nous sectionnons le méso à une certaine distance de l'intestin. Nous écrasons celui-ci au-dessous de l'induration : ligature et enfouissement du moignon par un surjet non perforant, l'intes-

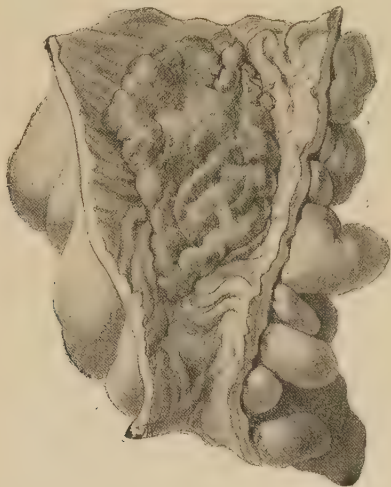


Fig. 10. — Adéno-carcinome ; récidence latérale sur le côlon pelvien après une résection du côlon descendant datant de 10 mois. Pièce opératoire (HARTMANN).

tin est alors réduit et nous refermons la paroi par une suture à un seul plan au fil d'argent. Les suites opératoires sont excellentes. L'anus artificiel fonctionne bien. Pendant quelques jours la malade se plaint de la persistance du ténesme rectal, qui cède à quelques petits lavements et à l'émission de glaires non sanglantes.

Examen de la pièce. — L'intestin ouvert permet de voir sur le segment du côlon pelvien extirpé une végétation saillante rouge foncé du volume d'une pièce de 5 francs environ. Cette petite tumeur qui n'occupe qu'une partie de la lumière de l'intestin n'est pas sessile au point qu'on ne puisse insinuer un stylet entre son bord périphérique et sa base d'implantation. Tout à l'entour la muqueuse paraît saine (V. fig. 10).

Il s'agit évidemment d'une greffe cancéreuse limitée.

L'examen histologique fait par M. Lecène montre qu'il s'agit d'épithélioma cylindrique.

Suites éloignées. — Après l'opération sont apparus quelques symptômes urinaires : sensation de douleurs en urinant. Mais les mictions ne sont pas plus fréquentes et il n'y a pas de modification du caractère des urines.

En août 1906 les symptômes vésicaux ont disparu. La malade ne maigrit pas, elle continue à mener l'existence confinée à laquelle elle est habituée depuis des années et à prendre un peu de morphine suivant une habitude contractée au cours de sa longue maladie. Pas de récédive en février 1907.

Mais dans quelques cas, il peut se faire que l'on sente avec le proctoscope une tumeur de la partie supérieure du côlon pelvien à travers les parois rectales. Dans ces cas la tumeur prolabée dans le petit bassin peut s'y être fixée par des adhérences, et alors le rectum ne se laisse plus ni déplier ni redresser. Le proctoscope peut buter sur un obstacle invisible dans sa lumière, et déterminer de la douleur à distance ; les sensations perçues même au travers des parois rectales, doivent faire penser à une tumeur sus-jacente et constituent un signe de probabilité de réelle valeur (V. obs. XXIV, p. 76).

Biopsie. — Si même la proctoscopie laissait le diagnostic hésitant sur la nature d'une tumeur ou d'une ulcération perçue dans sa lumière, rien n'est plus facile que de prélever un fragment pour l'examen microscopique. C'est ce que nous avons fait en plusieurs circonstances (V. obs. X, p. 69, XIV, p. 79 et XVI, p. 92). Pour avoir négligé cet examen, nous avons fait dans un cas une erreur de diagnostic qu'il eût été possible d'éviter.

Obs. XIII. — H. HARTMANN.

C... Victor, 66 ans, peintre en voitures, entre le 20 novembre 1906 salle Civile, parce qu'il présente des symptômes d'obstruction intestinale datant de trois jours. Lorsqu'on interroge le malade, on apprend que c'est déjà la seconde crise semblable.

En effet, le 20 septembre au matin, il a eu une selle normale. Mais aussitôt après, il se plaint de coliques localisées à l'ombilic et à gauche de la ligne médiane dans la région para-ombilicale. Il se présente à nouveau à la selle ; il évacue des matières moulées et qui paraissent normales, mais les coliques redoublent. Dans l'après-midi deux vomissements alimentaires.

Il voit le soir son médecin qui diagnostique un appendicite et ordonne une application de glace sur le ventre.

21. — Les coliques se sont calmées. Le médecin abandonne son diagnostic d'appendicite. On note alors une suppression complète des gaz. Un lavement est ordonné, mais n'est pas rendu. Les vomissements sont fécaloïdes. Dans la nuit il rend quelques gaz, et le lendemain matin sous l'influence de lavements ordinaires, il va à la selle. 5 jours après, la guérison était complète.

18 novembre. — Mêmes symptômes identiquement. Le matin, il va à la selle puis il est pris de coliques et ne rend pas de gaz.

Mais les coliques durent cette fois plus longtemps, se prolongent jusque dans la nuit et le ventre se météorise. On note cette fois encore des vomissements bilieux et de mauvaise odeur.

Etat actuel. — La région ombilicale et la région para-ombilicale sont douloureuses spontanément et à la pression.

A l'inspection, le ventre est météorisé dans toute son étendue, avec une prédominance dans la région douloureuse. A la percussion le ventre est sonore.

A la palpation on réveille de la douleur dans la région ombilicale et para-ombilicale et dans la fosse iliaque gauche.

21. — Troisième jour de la crise, il rend quelques gaz dans la nuit.

22. — Sous l'influence d'une purgation et de lavements, on obtient une selle.

Depuis les selles sont quotidiennes, grâce à un traitement laxatif quotidien.

Antécédents personnels. — Phlébite traumatique du membre inférieur gauche à deux reprises.

Bonne alimentation habituelle ; depuis deux mois ne boit que du lait comme boisson. Pas d'alcoolisme.

Jamais de constipation, les selles ont toujours été régulières. N'a jamais eu de coliques ni spécifiques d'intoxication saturnine ou autre, malgré sa profession de peintre.

Il est marié, ses enfants sont bien portants.

A été opéré, il y a 17 mois, de grenouillette sub-linguale supprimée (Tuffier).

A maigri depuis ce temps, et n'a jamais recouvré son poids primitif. Le malade n'a jamais remarqué la présence de sang dans ses matières, il ne semble pas avoir jamais eu de mélœna. Pourtant, à deux reprises, dans le mois qui précède son opération, il trouve un peu de sang mélangé aux matières.

Au moment des crises d'obstruction, le malade accuse des gargouillements surtout prononcés pendant les efforts de défécation.

30. — Inspection : le ventre est très légèrement plus saillant du côté gauche dans la région para-ombilicale inférieure, entre l'ombilic et l'épine iliaque antérieure et supérieure mais plus près de l'ombilic.

Inspection et succussion. — Le péristaltisme est difficile à apprécier, mais

pourtant à certains moments, on peut voir une voussure plus prononcée à gauche et qui s'affaisse de temps à autre.

La succussion non douloureuse détermine du clapotage dans la fosse iliaque gauche.

Percussion. — La sonorité est nette au niveau de la voussure para-ombilicale et au niveau de tout l'abdomen. Elle se voile un peu au niveau de la fosse iliaque gauche parallèlement à l'arcade crurale.

Dans la région cæcale on trouve de la sonorité, mais il n'y a pas de dilatation appréciable.

Les autres symptômes sont plutôt négatifs.

Palpation. — La palpation méthodique en décubitus dorsal ne réveille guère qu'un peu de sensibilité à gauche de l'ombilic. Le malade n'a jamais eu d'indigestion, ni jamais de vomissements ni de crises douloureuses, abstraction faite des deux circonstances précédemment relatées.

1^{er} décembre. — Palpation bi-manuelle : en position élevée du bassin. Le toucher rectal est négatif. Par le *palper bi-manuel* pratiqué à gauche, on parvient à sentir à travers les parois rectales une induration dont il est difficile d'apprécier les limites et la mobilité.

Sigmoïdoscopie (M. Okinczyc). — La sigmoïdoscopie pratiquée à deux reprises à 15 jours d'intervalle nous permet de constater l'intégrité absolue de la muqueuse rectale ; mais à 17 centimètres de la marge de l'anus, le proctoscope est arrêté et l'intestin ne se laisse plus redresser. On aperçoit alors dans la lumière du proctoscope que la muqueuse est comme bourgeonnante ; sa coloration est rouge violacée, *mais on ne peut voir d'ulcération*. Au centre de ces saillies de la muqueuse, on aperçoit à peine la lumière de l'intestin sus-jacent. Nous parvenons à passer dans cette lumière une sonde en gomme n° 48, qui dépasse l'extrémité du proctoscope de 15 centimètres environ. Nous profitons de la position genu-pectorale pour pousser à travers la sonde 300 centimètres cubes environ d'un lait de bismuth à l'huile d'olive, puis le malade est soumis à l'épreuve radiographique.

Radiographie. — Elle permet de constater que la sonde est venue buter contre le sommet de l'anse pelvienne qu'elle a étirée, si bien que cette anse qui paraît présenter une longueur anormale apparaît sous la forme d'un angle aigu (V. pl. VI). Le côlon descendant présente un volume et un calibre normal. Dans la région recto-sigmoïde, la radiographie semble montrer quelques points rétrécis.

OPÉRATION, le 41 janvier 1907 (H. Hartmann ; aides : MM. Lecène et Okinczyc). — Incision médiane sous-ombilicale. L'exploration du rectum et du côlon pelvien n'y montre aucune tumeur, ni végétations appréciables extérieurement, mais l'anse oméga a un développement exagéré, et elle est très flottante.

Examen des urines (avant l'opération).

Soufres urinaires (coefficient d'auto-intoxication).

Soufre total 0/00 1 gr. 290

Sulfates 0/00.	0 gr. 938
Phénolsulfates 0/00.	0 » 116
Souffre organique 0/00	0 » 236.

Rapports.

1 ^o Coefficient de Baumann	0,116	
Normalement il est de 10 0/0.	1,290	= 9 0/0
2 ^o Coefficient de Moreigne	0,236	
Normalement il est de 17 0/0.	1,290	= 18,3 0/0
3 ^o Coefficient d'Ewald, Herter et Smith.	0,116	
Normalement il est de 8, 3 0/0	0,938	= 12,3 0/0

N. B. — Tous les chiffres qui précèdent sont exprimés en anhydride sulfurique S O³.

Suites opératoires. — Au quatrième jour après l'opération, abcès pariétal et profond, qui est drainé.

Le malade paraît en bonne voie de guérison et entre en convalescence. Au quatorzième jour, brusquement, après avoir lu son journal, il est pris de dyspnée et meurt en 3/4 d'heure d'œdème aigu du poumon.

AUTOPSIE. — On ne trouve pas de tumeur dans toute l'étendue du gros intestin.

Au niveau de la région recto-sigmoïde, la muqueuse est seulement un peu œdémateuse, les plis sont plus marqués et tranchent par leur coloration rouge foncé sur les segments voisins de l'intestin qui sont pâles.

On peut penser qu'il y a là les traces d'une inflammation ancienne, due peut-être au volvulus d'une anse pelvienne démesurément longue et flottante.

Obs. XIV. — H. HARTMANN.

Mme D..., âgée de 53 ans, cuisinière, entre le 11 janvier, salle Lailler, parce qu'elle perd du sang par l'anus.

En septembre 1905 elle fut prise de coliques et de diarrhée. A la fin de cette crise elle constata dans ses selles la présence de sang noirâtre mêlé aux matières.

Depuis lors le sang est apparu d'une façon presque constante, dans les selles. En même temps elle accuse du ténesme et peu à peu le sang devient plus abondant.

Depuis 7 à 8 mois, il lui arrive d'aller à la selle le matin jusqu'à 8 fois, et chaque fois les matières sont mélangées de sang rouge. La défécation n'est pas douloureuse et n'est pas précédée de coliques.

Depuis 2 à 3 mois, sous l'influence de ces pertes de sang continuelles, la malade accuse un affaiblissement progressif et assez marqué. Elle se décide à entrer à l'hôpital.

Antécédents héréditaires. — Ceux-ci ne présentent rien de particulier. Dans ses antécédents collatéraux on trouve un frère mort à 36 ans de tuberculose pulmonaire.

A l'examen, la malade est amaigrie, mais on ne relève dans son inter-

rogatoire en dehors de la présence de sang dans les selles, aucun autre trouble fonctionnel. Le sang est quelquefois mélangé aux matières.

Il arrive quelquefois qu'un écoulement de sang pur suit immédiatement la selle. Le sang est alternativement rouge ou noir, mais il est difficile de dire si cette dernière coloration ne résulte pas du mélange avec des matières liquides.

A la *palpation* on ne trouve rien d'anormal, le ventre est souple, le côlon ne paraît pas contracturé. A la *palpation bi-manuelle* on ne sent pas de tumeur dans la fosse iliaque gauche ni dans le pelvis.

A la *percussion*, le cæcum ne paraît pas dilaté ; le ventre est partout sonore.

A l'*inspection*, il n'est pas possible de constater l'existence d'ondes péristaltiques.

Toucher rectal. — L'ampoule rectale est libre, on ne sent ni on ne voit d'hémorroïdes au niveau du canal anal. A bout de doigts, à la partie supérieure de l'ampoule, la muqueuse paraît former des plis nombreux qui donnent l'impression de masses molles et polypoïdes.

Proctoscopie. — La malade est placée en position genu-pectorale. L'ampoule rectale présente son aspect et sa coloration habituels. Dans la région recto-sigmoïde à 14 ou 15 centimètres de la marge de l'anus, la muqueuse se présente à l'orifice du proctoscope avec un aspect bourgeonnant, violacé, tranchant sur les parties voisines et donnant l'impression d'une végétation anormale. Néanmoins on ne peut voir d'ulcération. Le sang paraît venir de la portion sus-jacente. La proctoscopie rétrograde permet de voir sur la paroi antérieure de l'ampoule rectale, une petite saillie polypoïde et sénile telle que nous en avons vu dans un autre cas (Obs. VII) coïncider avec un cancer recto-sigmoïde.

Un petit fragment est prélevé pour examen microscopique.

Biopsie : examen microscopique. — Autant qu'on peut en juger, la muqueuse se présente avec ses caractères histologiques normaux.

1^{er} février. — Anesthésie chloroformique. Dilatation de l'anus. La malade est d'abord en décubitus dorsal : on pratique le palper bi-manuel qui permet de sentir à travers les parois rectales, une tumeur à la partie supérieure de la concavité sacrée. Cette tumeur paraît mobile, et fuit sous le doigt. L'examen direct du rectum au moyen de valves ne permet pas d'arriver sur la tumeur. Nous plaçons alors la malade en position genu-pectorale et nous pratiquons la procto-sigmoïdoscopie. A 14 centimètres de la marge anale nous parvenons sur une sténose néoplasique qui apparaît sous forme de petits bourgeons végétants, de coloration violacée, à gauche de la concavité d'un repli semi-lunaire. Un fragment est prélevé à nouveau pour biopsie.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (M. Lecène). — Le fragment prélevé ne présente pas, cette fois encore, de caractères anormaux.

OPÉRATION, le 6 février 1907 (M. H. Hartmann ; aides : MM. Lecène et Okinczyk). — Laparatomie médiane sous-ombilicale. L'exploration du cô-

lon et du rectum permet de sentir à travers les parois du côlon inférieur une tumeur molle et qui paraît mobile dans la lumière de l'intestin.

Section de l'intestin au-dessous de la tumeur. Fermeture par un double plan du bout inférieur. Fixation du bout supérieur à l'angle supérieur de la plaie abdominale. Résection de la tumeur ; on place un tube de Paul dans ce bout de l'intestin.

Examen de la pièce. — Le segment extirpé présente une longueur de 6 à 7 centimètres environ. Les parois de l'intestin sont souples et normales ; pas de lipomatose, pas d'étranglement visible extérieurement.

Ouverture de l'intestin ; nous trouvons adhérent par un pédicule, au bord mésentérique de l'intestin, une tumeur allongée suivant l'axe de l'intestin, et qui se présente sous la forme d'une masse rouge avec l'aspect de véritables circonvolutions séparées par des sillons assez profonds ; la tumeur n'est pas ulcérée. Jusqu'au pied du pédicule la muqueuse de l'intestin paraît absolument saine ; elle a ses caractères de souplesse et sa coloration ordinaires. On peut penser qu'il s'agit d'une tumeur bénigne. L'examen histologique (D^r Lecène) confirme cette opinion : il s'agit d'un adénome.

Traitement local au moyen du proctoscope. — La proctoscopie peut enfin aider au traitement direct d'affections aiguës du rectum et du côlon inférieur. C'est grâce à elle la possibilité assurée d'une cautérisation, et de l'application topique d'un pansement à demeure.

CHAPITRE VI

SONDAGE ET RADIOGRAPHIE

§ 1. — Sondage.

Le sondage par la voie rectale dont Kuhn (1) s'est fait l'ardent défenseur n'a donné entre les mains de son auteur que des résultats très imparfaits.

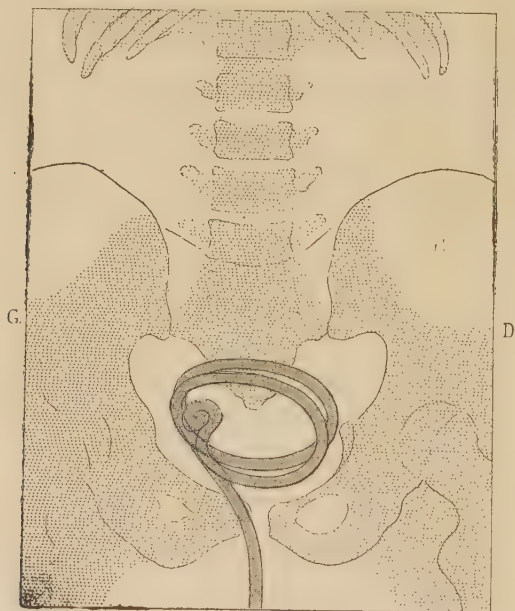


Fig. 11 (d'après SCHÜLE).

Sondage du gros intestin. — La sonde est enroulée dans l'ampoule.

Schüle (2) qui est venu apporter à ces faits le contrôle de la

(1) KUHN, Dickdarmsondierung und Darmrohr. *Wiener klin. Rundschau*, 1903 ; U. a. a. Litteratur s. *Wiener klin. Rundschau*, 1903.

(2) SCHÜLE, Ueber die Sondierung und Radiographie des Dickdarms. *Arch. f. Verdauungskrankheiten*, avril 1904, H. 2, Bd. X, p. 111.

radiographie sur le cadavre, déclare que « la preuve irréfutable d'un cathétérisme du côlon descendant (il ne saurait être question du côlon transverse) reste encore à fournir. Les causes anatomiques seules suffisent à arrêter la sonde et pourraient par conséquent constituer autant de causes d'erreur ». (V. fig. 11 et 12.)

Deux ans plus tard, Lilienthal (1) arrive à la même con-

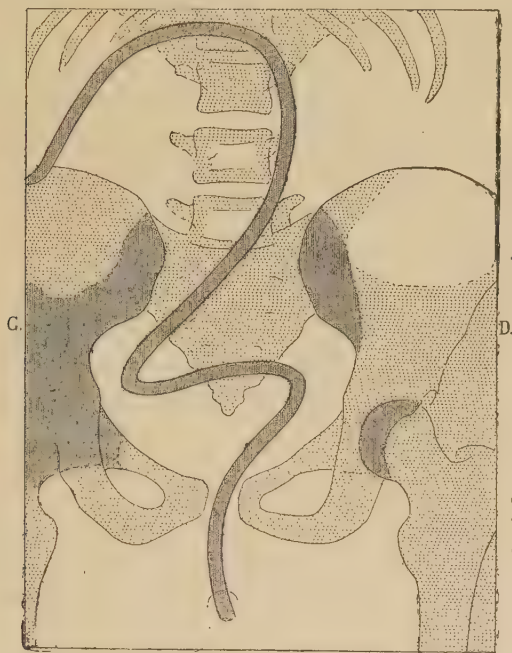


Fig. 12 (d'après SCHULE).

Sondage du gros intestin. — La sonde a pénétré dans le côlon pelvien mais ne peut atteindre le côlon descendant.

clusion après des essais multiples, et l'emploi de sondes de toutes formes et de tous calibres, y compris la sonde dite « médio-colique(!) » de Châtel-Guyon. Ses radiographies qu'il oppose à celles très peu concluantes d'ailleurs de von

(1) LILIENTHAL, Tentative de sondage du côlon. *Arch. f. Verdauungskrankheiten*, 1906, Bd. XII, H. 2, p. 140.

Aldor (1) montrent toute la sonde enroulée dans l'ampoule.

Le but de tous ces auteurs était surtout de porter aussi loin que possible dans le côlon un lavement médicamenteux. Le but de nos recherches fut surtout de reconnaître et de cathétériser si possible un rétrécissement néoplasique du côlon pelvien.

Nous y sommes parvenu dans plusieurs cas, mais en combinant la proctoscopie et le sondage. Le proctoscope nous conduisant directement sur la tumeur, il nous fut possible, en faisant pénétrer avec le contrôle de la vue la sonde dans la lumière étroite du rétrécissement, d'en pratiquer la cathétérisme et d'en mesurer la hauteur. En effet, tant que la sonde est maintenue serrée dans la filière, ses œillets latéraux se trouvent fermés par la constriction même. Mais aussitôt qu'elle a dépassé la limite supérieure du néoplasme, les gaz et les matières liquides passent librement et apparaissent au niveau du pavillon. Il est facile alors, après avoir repéré au moyen d'une pince la limite supérieure du néoplasme visible directement dans le proctoscope, de mesurer sur la sonde la longueur exacte du rétrécissement.

Obs. XV (H. HARTMANN). — *Cancer du côlon pelvien.*
Iléo-rectostomie. — Guérison opératoire.

Henri S..., 76 ans, entre dans le service de notre maître M. Hartmann, le 11 octobre 1905, parce qu'il se plaint de vives douleurs abdominales surtout localisées dans le côté gauche.

Il était récemment traité dans un service de médecine parce que les douleurs, qui depuis quelque temps siégeaient exclusivement dans le côté gauche de l'abdomen, s'étaient étendues au côté droit jusque-là indemne.

Le début de l'affection semble remonter à 21 mois ; à cette époque, le premier symptôme en date est la constipation. Celle-ci apparaît progressivement dans un état de santé jusque-là très bon et s'établit peu à peu sous forme de périodes plus ou moins longues. Les matières étaient dures, ovillées, de « véritables crottes de chèvre », dit le malade.

Trois mois après ce début, la constipation fait place à la diarrhée qui s'installe, et qui devient de plus en plus fréquente au point qu'à ce jour et depuis ce moment les selles ont toujours été diarrhéiques.

(1) VON ALDOR, Ueber den Wert des Hohen Darmeingiessungen. *Berl. klin. Woch.*, 1905, n° 34 ; *Ibid.*, 1904, n° 19.

Actuellement la diarrhée a même fait place à une véritable incontinence des matières. Elles sont fluides, s'écoulent à l'insu du malade. Ce fut d'abord à l'occasion de secousses ou d'efforts ; puis la marche suffisait à la déterminer ; enfin maintenant le malade perd ses matières, même dans le décubitus au lit.

Les selles sont claires, jaunâtres ou presque incolores, surtout depuis que le malade est au régime lacté.

Il ne semble pas qu'il y ait jamais eu à proprement parler de sang dans les selles. Mais il y a environ un an pendant 15 jours, celles-ci auraient été noires comme du goudron.

Depuis l'apparition de cette diarrhée, le malade s'est affaibli progressivement, il marche même avec peine depuis un mois.

L'amaigrissement est marqué. Le teint est resté assez bon.

Le malade accuse des douleurs dans le côté gauche du ventre et surtout au niveau de la fosse iliaque. Ce sont des douleurs spontanées, sourdes, gravatives, mais qui ne paraissent pas ressembler à des crampes. En revanche, le ballonnement est fréquent, la pesanteur à peu près constante et le malade remarque des gargouillements qui passent d'un côté du ventre à l'autre.

Des vomissements se seraient produits à deux reprises, il y a environ 2 mois. L'appétit est à peu près conservé, il ne semble pas qu'il y ait d'anorexie élective.

Examen. — A l'inspection du ventre, on peut voir deux cicatrices inguinales gauches (hernies opérées en 1873 et en 1900).

Le ventre est ballonné, mais il reste assez souple, bien que la consistance à la pression varie suivant les régions.

Il existe une voussure très nette dans la région intermédiaire à la fosse iliaque gauche et à l'hypogastre.

A la percussion, on note la sonorité de l'épigastre et des hypochondres ; il en est de même du côté droit de l'abdomen. Par contre on trouve de la submatité dans la fosse iliaque gauche et de la matité au sommet de la voussure.

La palpation révèle l'existence d'une tumeur du volume d'une noix de coco située un peu au-dessus de la fosse iliaque gauche et qui remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; elle dépasse un peu la ligne médiane au-dessus de l'ombilic. Elle paraît plus étendue dans le sens transversal que dans le sens vertical. Elle est dure et douloureuse à la pression.

Par le palper plus attentif, on peut sentir à la partie supérieure de la tumeur comme anse dure assez volumineuse et qui se dirige de l'épine iliaque antérieure et supérieure vers l'ombilic.

Cette tumeur paraît mobile dans le sens transversal ; mais on ne peut la faire mouvoir de bas en haut.

La palpation profonde des régions coliques est douloureuse : on sent le côlon descendant par la douleur que provoque sa palpation dans la région

costo-iliaque gauche. On réveille de la douleur à la partie inférieure de la région épigastrique sur un trajet qui peut correspondre à celui du côlon transverse. La douleur s'atténue à mesure que l'on se rapproche de l'hypochondre droit ; elle est à peu près nulle dans la fosse iliaque droite. Suivant le moment où l'on examine le malade on trouve la région cœcale dilatée ou affaissée.

Au cours de la palpation, on provoque la formation de gargouillements et l'on sent quelquefois les gaz se déplacer sous la main.

A certains jours, le malade se plaint d'une douleur spontanée qui naît dans la fosse iliaque gauche et s'irradie vers l'hypochondre gauche et l'épigastre.

Toucher rectal. — La prostate est grosse, mais l'exploration de l'ampoule est négative, les parois rectales sont souples et à bout de doigt on ne sent pas de tumeur.

Procto-sigmoïdoscopie. — Le malade étant placé en position genu-pectorale, nous avons introduit le proctoscope qui pénètre assez facilement à travers l'ampoule rectale. Nous retirons à ce moment le mandrin pour nous aider de la vision directe dans la progression du proctoscope. On arrive ainsi contre un obstacle qui siège à environ 17 centimètres au-dessus de l'anus. Nous apercevons alors dans l'orifice du proctoscope la muqueuse violacée comme polypeuse mais non ulcérée ; elle forme comme un bourrelet œdématisé qui fait saillie dans la lumière du proctoscope. Nous pensons être arrivé sur l'extrémité inférieure de la tumeur et ce qui semble le confirmer, c'est que du centre il s'écoule un peu de matières liquides. Nous aidant du proctoscope, nous portons une sonde n° 23 qui pénètre à frottement à travers un défilé serré qui constitue le rétrécissement. Quand la sonde a pénétré sur une longueur d'environ 8 à 10 centimètres depuis l'extrémité inférieure du rétrécissement, il s'échappe tout à coup du gaz et un peu de matières par son pavillon.

Nous pensons pouvoir en conclure que la sténose a elle-même cette hauteur (8 à 10 cent.), puisque tant que la sonde était comprimée rien ne pouvait y passer, aussitôt qu'elle eût dépassé le niveau supérieur de la tumeur les gaz purent passer librement.

Examen des urines (coefficient d'auto-intoxication).

Soufre total (0 p. 100 et exprimé en SO^4H^2 monohydraté).	2 gr. 944
— des sulfates alcalins.	2 » 145
— des dérivés sulfonés (sulfates éthers).	0 » 340
Rapportés à la totalité de l'urine, ces chiffres nous donnent :	
Soufre total	0 gr. 456
— de sulfates	0 » 332
— des dérivés sulfonés	0 » 058

Le coefficient de Baumann est :

$$\frac{48}{456} = 12,7$$

alors que le coefficient normal est 10.

Le soufre neutre des Allemands (ou soufre incomplètement oxydé des Français) est de :

$$0,456 - (0,332 + 0,058) = 0,056$$

On peut voir par ces chiffres que le rapport des sulfates combinés (composés sulfonés ou substances aromatiques) aux sulfates préformés ou sulfates alcalins (Herter et Smith) tombent de 2 : 12 (chiffre normal) à 1 : 7.

OPÉRATION, le 17 novembre 1905 (M. Hartmann ; aides : MM. Lecène et Okinczyc). — Iléo-rectostomie par le procédé de H. Lardennois.

Mort au seizième jour.

Incision médiane sous-ombilicale. Le côlon iliaque apparaît rouge, dilaté, induré et soulevé par une masse interposée entre lui et sa fosse iliaque gauche. Il se continue directement avec le rectum, sans anse sigmoïde interposée. Le rectum est lui-même dilaté et présente à sa surface d'assez grosses varicosités veineuses. Nous cherchons le cæcum, et nous remontons la portion terminale de l'iléon jusqu'à un point facile à amener au contact du rectum. Une petite incision est faite sur l'iléon ; un fil est passé en bourse autour de l'incision et l'on introduit la partie femelle du bouton oblitérée préalablement par du beurre de cacao. L'un de nous introduit alors par l'anus dans le rectum, la partie mâle du bouton tenue à l'extrémité de la pince de Lardennois. Sur la saillie que fait sur la paroi antérieure du rectum le bouton ainsi maintenu, nous pratiquons la dissociation des tuniques séreuse et musculuse du rectum.

A ce moment on pratique l'articulation du bouton. Un point à la soie à la partie antérieure rapproche les tuniques séro-séreuses. Un fil de soie passé dans les orifices du chapeau de la pièce mâle sort par l'anus.

Réunion de la paroi à trois plans.

Suites opératoires. — Assez simples les premiers jours.

20 novembre. — Le malade, pour la première fois depuis longtemps, accuse la sensation de besoin et demande le bassin.

Les jours suivants, toux, expectoration difficile. Langue sèche.

26. — Ablation des fils et du bouton qui est libre dans l'ampoule rectale.

Les jours suivants, le malade continue à se cachectiser. L'abdomen est souple, non douloureux. Les matières sont toujours liquides. L'état cérébral paraît affaibli.

29. — Muguet buccal.

30. — Affaiblissement progressif. Pouls arythmique.

1^{er} décembre. — Le malade s'éteint à 7 heures du soir.

L'autopsie n'a pu être faite.

Ce cathétérisme nous permet également de porter en amont du rétrécissement un lavement de bismuth destiné à nous donner une radiographie du gros intestin.

§ 2. — Radiographie.

Schüle (1) avait tenté en 1904 d'obtenir des radiographies du gros intestin. Il parvint par ce moyen à fixer d'une façon élégante et précise la situation du côlon ptosé ou normal (V. fig. 13).

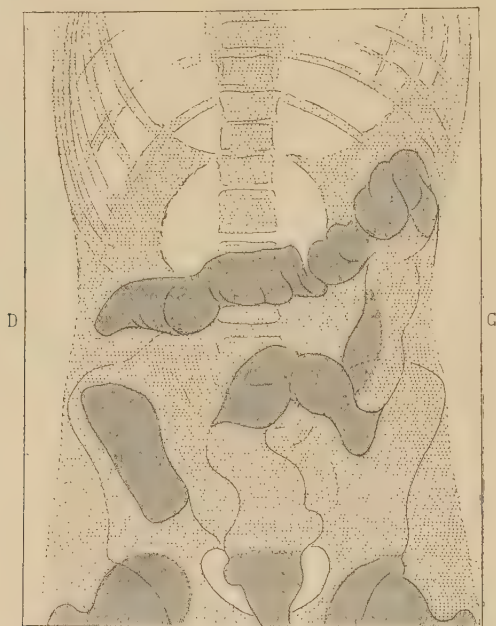


Fig. 13 (d'après SCHULE)

Radiographie du gros intestin (Enfant normal).

Nous n'avions pas connaissance de ses travaux quand nous avons pensé utiliser la radiographie au diagnostic des tumeurs et de leur siège sur le côlon.

Il est indispensable de faire subir au patient une certaine préparation : petites purgations répétées si possible, et lavement évacuateur préalable.

Le malade prend la *position genu-pectorale*. Cette attitude a le grand avantage d'assurer l'écoulement spontané du liquide

(1) SCHULE, *Loc. cit.*

dans tout le gros intestin jusqu'au cæcum. Il est d'ailleurs utile de faire coucher le patient pendant un instant sur le côté droit après l'injection de bismuth, pour permettre au liquide opaque de se répandre plus facilement encore dans la portion plus ou moins flexueuse du côlon transverse et de là jusqu'au cæcum.

Il suffit le plus souvent, au moyen d'une sonde rectale ordinaire poussée assez loin, d'introduire le lait de bismuth directement dans l'intestin sans autre manœuvre que la position genu-petocrale.

Nous avons chez le plus grand nombre de nos malades utilisé la proctoscopie pour la mise en place de la sonde. Le proctoscope nous éclaire sur l'intégrité du rectum et de la portion inférieure du côlon pelvien. Il permet de plus de pousser une sonde au delà même des limites du proctoscope le plus long. On évite ainsi *l'enroulement de la sonde dans l'ampoule rectale et les sensations de ténésme que pourrait faire naître la présence du lait de bismuth dans l'ampoule*. Si même le proctoscope nous conduit sur une sténose cancéreuse recto-sigmoïdienne ou colique, il sera possible *avec le contrôle de la vue* de pratiquer le cathétérisme du rétrécissement, et de porter au delà le lait de bismuth préparé à cet effet. Le skiagramme nous donnera la certitude qu'il n'existe pas une autre sténose dans les cas relativement assez fréquents, de double tumeur. De plus nous pourrons par ce moyen apprécier le degré de la dilatation intestinale en amont de la sténose, et la situation même du côlon, comme la longueur d'une anse pelvienne ou transverse : il y a là avant l'intervention d'utiles indications opératoires.

On comprend du reste que dans les cas de sténose non reconnue au proctoscope, l'action de la pesanteur suffise dans la position genu-pectorale pour assurer l'effusion du lait de bismuth dans la continuité du côlon. C'est pourquoi nous ne saurions trop insister sur le grand avantage de cette attitude. Ce n'est que dans les cas de fatigue ou de déchéance physiolo-

gique trop marquée que nous ferons l'injection de bismuth chez le patient dans le décubitus dorsal. Encore dans ce cas, est-il indispensable d'employer la position élevée du bassin à 45°, pour les raisons précitées.

C'est ainsi que le bismuth s'écoulant naturellement parviendra au niveau d'une sténose ; cet obstacle suffira à arrêter le liquide très dense. Le skiagramme nous montrera l'ombre brusquement interrompue dans la continuité de l'intestin. Si même il s'agissait d'une sténose assez large pour se laisser franchir par le lait de bismuth, il sera possible de noter sur le skiagramme le rétrécissement, figuré par une sorte de sablier (V. pl. I et III).

Quoi qu'il en soit, si l'on fait usage de la proctoscopie préalable pour faciliter l'introduction d'une sonde dans le côlon, il est bien entendu que ce cathétérisme doit être fait d'une main légère et sans insister en cas de résistance : on risquerait alors d'enrouler la sonde dans la « regio-inflexionis » ou même plus haut dans le côlon pelvien, ce qui est tout à fait inutile. La meilleure sonde pour cette épreuve est la sonde bougie en gomme n° 20, mais d'une longueur double de la sonde urétrale ordinaire.

On maintient donc la sonde en place, pendant que doucement on retire le proctoscope : il faut éviter dans cette manœuvre d'entraîner la sonde avec le proctoscope.

Il faut dès lors, procéder aussitôt à l'injection du lait de bismuth. La quantité à injecter varie de 200 à 400 centimètres cubes. Cette dernière quantité est suffisante, selon Schüle, pour atteindre le cæcum. On pousse lentement à travers la sonde, en surveillant les sensations accusées par le malade, et l'on arrête aussitôt que se manifestent quelques signes d'intolérance.

Le lait de bismuth consiste tout simplement dans un mélange de sous-nitrate de bismuth avec de la glycérine ou de l'huile d'olive. On doit procéder par approximation jusqu'au degré de consistance voulue, c'est-à-dire très sirupeuse. Le

mélange doit être aussi homogène que possible. L'huile doit, à notre avis, être préférée à la glycérine : car son action sur la contractilité intestinale est infiniment moindre : elle est donc beaucoup mieux tolérée. On peut ajouter quelques gouttes de laudanum au mélange.

Dans aucun cas nous n'avons observé à la suite de ces expériences, le moindre trouble ni le plus petit phénomène d'intoxication.

Ces accidents d'intoxication ont été signalés à maintes reprises après des radiographies de l'estomac, surtout dans les cas où l'estomac est très contractile et parce que son contenu passe rapidement dans l'intestin grêle. Récemment encore J. Sailer (1) et H.-K.-P. Pancoast (2) ont signalé des cas d'intoxication à la suite d'ingestion de hautes doses de bismuth, pour radiographies de l'estomac. C'est pourquoi nous préférons pour l'examen du côlon la méthode d'injection rectale du bismuth à celle d'absorption par la bouche qui a été employée par Hulst (3), par Rieder (4), par Einhorn (5) et par Pancoast, pour des radiographies combinées de tout le tractus gastro-intestinal. Dans les cas d'obstruction bas située, Pancoast conseille l'absorption de bismuth par la bouche : la radiographie n'est faite dans ce cas que 12 à 28 heures après l'ingestion. Cet auteur a employé ce procédé dans un cas de cancer de la flexure sigmoïde. Dans un cas de cancer du côlon descendant il fit au contraire une injection rectale de bismuth. Voici comment il procède : Une sonde rectale de large calibre est introduite

(1) SAILER, J. A. clinical study of gastropnoia with special reference to the value of the bismuth skiagraph shadow in determining the topography of the gastro-intestinal tract. *University of Pennsylvania medical Bulletin*, août 1906, vol. XIX, n° 6, p. 130.

(2) PANCOAST H. K., *Ibid*, p. 132.

(3) HULST, *Röntgenography in diseases of the stomach and intestines, The physician and surgeon*, septembre 1905. id. in *Arch. of physiological therapy*, janvier 1906.

(4) RIEDER, *Fortschrift auf dem Gebiete der Röntgenstr.*, février 1905.

(5) EINHORN, Radiographie du gros intestin. *Med. Record*, 13 oct. 1906, p. 572.

dans le rectum jusqu'au-dessus du sphincter interne : le bismuth en suspension est injecté à très faible pression. Pancoast insiste sur la nécessité de laisser le liquide s'écouler presque de lui-même dans l'intestin.

Il aurait obtenu des radiographies très satisfaisantes par ce procédé. Il nous a été difficile sur les reproductions qu'il en donne d'apprécier ses résultats.

Nous donnons ici quelques skiagrammes dont les originaux ont été publiés avec notre mémoire présenté pour le concours du prix de l'Internat en janvier 1906.

Le skiagramme (pl. I) est celui d'un malade atteint de colite rebelle avec rétrécissement et contracture de tout le côlon. L'ampoule rectale est elle-même rétrécie ainsi que toute la portion pelvienne du côlon. On peut voir également qu'il existe sur le côlon descendant un rétrécissement large en sablier.

Obs. XVI.

B... Louis, 36 ans, entre, le 21 juillet 1905, dans le service du Dr Hartmann, sur le conseil de son médecin. Sa maladie a débuté en mai 1904, par une diarrhée chronique, qui dure environ 2 mois, mais sans altération de l'état général.

En août 1904, la diarrhée reparaît. Fièvre vespérale sans transpiration nocturne. Les selles sont sanglantes, le sang est rouge; le malade en perd environ à chaque selle la valeur d'un verre à liqueur. On le traite à ce moment pour des ulcérations rectales.

Pas de douleurs, pas de ténesme, mais le rectum ne peut supporter une quantité de liquide supérieure à un demi-litre.

Une sonde rectale molle, introduite par l'anus, bute à 5 ou 6 centimètres, s'enroule et ressort à l'anus.

Maigrissement assez considérable : le malade qui pesait 140 livres au début, n'en pèse plus actuellement que 97.

L'état reste à peu près le même jusqu'au mois de mai 1905. A cette époque apparition de douleurs articulaires à peu près généralisées, sur le membre inférieur droit. Ces douleurs suivent également à peu près le trajet du sciatique droit. Depuis quelques jours, œdème des jambes, surtout au niveau des malléoles.

Etat actuel. — Les selles diarrhéiques apparaissent 5 heures après les repas. Elles sont très fréquentes et suivies de ténesme qui n'aboutit qu'à l'expulsion de glaires et de fausses membranes.

A l'examen. — Aspect pâle cachectique, OEdème des jambes et des malléo-



les. Les téguments sont décolorés et les conjonctives pâles. Des ganglions sont perceptibles aux aines et dans les aisselles. On sent le ganglion épitrochléen, mais on ne trouve aucun ganglion cervical. La langue est nette. Le malade n'a jamais toussé ; mais on trouve dans ses antécédents (mère et collatéraux : 6 frères ou sœurs) des signes non douteux de tuberculose.

Au toucher rectal. — Le sphincter se laisse facilement franchir sans douleurs et sans contracture. A 4 centimètres de l'anوس environ, on a la sensation que la muqueuse est boursoufflée et soulevée par un grand nombre de petites saillies sessiles et polypiformes. Aussi loin que le doigt puisse atteindre, on ne sent pas de rétrécissement, mais on ne retrouve pas la muqueuse saine : le rectum est légèrement douloureux.

A la palpation. — Le ventre est souple, mais le côlon dans presque toute son étendue, est contracturé, petit et dur et assez douloureux.

Sigmoidoscopie. — Le proctoscope introduit en position genu-pectorale montre que le rectum est rétréci d'une façon générale dans presque toute son étendue. La muqueuse présente un aspect velvétique avec un enduit muqueux et sanguinolent. A 16 centimètres de l'anوس le proctoscope est arrêté, le rectum ne se redressant plus. Mais il est possible, en se servant du proctoscope, de pousser au delà une sonde bougie de 35 centimètres qui paraît franchir facilement le segment intestinal sus-jacent.

Radiographie. — Nous servant de la sonde qui dépasse l'extrémité du proctoscope de 15 à 20 centimètres, nous poussons dans le côlon 200 centimètres cubes environ d'un lait de bismuth à la glycérine. Puis le malade est soumis à l'épreuve radiographique. Celle-ci nous montre le rectum étroit, rétréci sur toute son étendue. Le côlon pelvien, court, est lui-même très réduit comme calibre. Le colon descendant se dessine nettement et présente un rétrécissement vers le milieu de sa hauteur. L'angle splénique est normal. L'ampoule cœcale apparaît dilatée relativement (V. pl. I).

OPÉRATION, le 25 août 1905 (M. Michon ; aide : M. Okinczye). — Laparotomie médiane exploratrice. Le côlon se présente petit, contracturé, épaissi considérablement dans toute son étendue.

On fait un anus cœcal en deux temps ; la suture des tuniques cœcales est assez difficile à cause de leur épaississement.

Le malade revient à l'hôpital le 20 mars 1906.

Les symptômes de colite se sont atténués mais n'ont pas disparu. L'orifice de l'anوس cœcal se rétrécit malgré des séances répétées de dilatation.

DEUXIÈME OPÉRATION, le 26 mars (M. Okinczye). — Autoplastie de l'anوس cœcal ; agrandissement de l'orifice.

La muqueuse cœcale conserve une apparence rouge et granuleuse.

Sigmoidoscopie. — La muqueuse recto-colique présente encore des altérations inflammatoires : un fragment est prélevé pour biopsie.

Examen histologique (D^r Lecène). — On voit que l'épithélium de revêtement est intact. Les glandes sont de profondeur normale et leur épithé-

lium ne présente pas de lésions appréciables. Seul le tissu conjonctif et adénoïde de la muqueuse est enflammé ; les vaisseaux capillaires sont dilatés et entourés de manchons formés par des leucocytes mononucléaires. De plus il existe, disséminés dans le tissu conjonctif de nombreux plasmazellen de Unna en amas. Il s'agit donc d'une inflammation subaiguë de la muqueuse intestinale dont l'origine est difficile à établir par les seuls caractères histologiques (Syphilis ?).

Le skiagramme (pl. II) représente un rétrécissement cancéreux très serré de la région ano-rectale. Il s'agissait d'un malade chez lequel toute exploration directe était rendue impossible du fait même de l'étroitesse du rétrécissement qui n'admettait même pas le petit doigt.

La radiographie nous permet dans ce cas d'apprécier la hauteur du néoplasme. L'ampoule est fortement dilatée en amont et l'on peut suivre les flexuosités du côlon descendant jusqu'à l'angle splénique.

Obs. XVII (H. HARTMANN). — *Cancer du rectum compliqué d'abcès ischio-rectal.*

V... Frédéric, 74 ans, concierge, entre le 31 juillet 1905, salle Civiale parce qu'il présente au niveau de l'anus une tuméfaction rouge et douloureuse.

Lorsqu'on interroge le malade, on apprend que depuis 25 ans, il a présenté des alternatives de diarrhée et de constipation ; mais depuis 2 ans, la constipation est le symptôme dominant. D'ailleurs le malade pense qu'il ne s'agit que d'hémorroïdes dont il se plaint surtout depuis 2 ans 1/2. Les matières difficilement expulsées, sont rubannées. Elles n'ont jamais contenu de sang ni de mucosités ; jamais de douleurs rectales ni abdominales très accentuées ; amaigrissement considérable depuis 2 ans ; perte progressive de l'appétit. Dégoût électif pour la viande. Depuis 3 semaines les douleurs sont apparues au niveau de l'anus et le malade s'est aperçu qu'il se formait dans cette région et à gauche, près du sillon interfessier une tuméfaction douloureuse et qui rougit de plus en plus.

Actuellement, on constate la présence d'une hernie inguinale droite assez volumineuse, maintenue par un bandage.

L'examen de la région anale fait reconnaître l'existence d'une tuméfaction rouge tendue et très douloureuse.

Toucher rectal. — L'orifice anal est considérablement rétréci, induré, inextensible, et admet à peine la pulpe de l'index. On tente le toucher avec le petit doigt ; mais cette exploration est impossible.

Radiographie. — Le malade est alors placé en position genu-pectorale ; une sonde urétrale en gomme est introduite dans le rétrécissement néo-





plasique, et grâce à elle on introduit dans le rectum environ 150 centimètres cubes d'un lait de bismuth à la glycérine. Le malade est soumis à l'épreuve radiographique. Celle-ci montre que le rectum est rétréci par le néoplasme sur une assez grande hauteur. Le rétrécissement est légèrement infundibuliforme, à base dirigée en haut, le point le plus rétréci étant à l'anus. En amont du rétrécissement, l'ampoule rectale et le côlon pelvien sont fortement dilatés ; on peut suivre le côlon descendant, qui présente des flexuosités, jusqu'à l'angle splénique (V. pl. II).

OPÉRATION (M. Okinczyk). — Le cancer étant inopérable, nous nous contentons de parer aux complications inflammatoires par une large incision de l'abcès et un drainage. Guérison opératoire.

Skiagramme III. — Il s'agissait d'un cancer recto-sigmoïde diagnostiqué à la proctoscopie.

On peut voir nettement sur ce skiagramme le rétrécissement siégeant au-dessus de l'ampoule dilatée. Le côlon descendant est étroit et contracturé (V. obs. VII, p. 62).



Fig. 14 (d'après SCHULE). — Ptose du côlon transverse.

Comme on peut s'en rendre compte par ces skiagrammes le

côlon transverse est mal fixé par les rayons. Cela s'explique par la mobilité très grande du côlon transverse avec les mouvements respiratoires. Par contre, comme on peut le voir sur les figures de Schüle (V. fig. 14 et 15), le côlon transverse ptosé échappe en partie à cette mobilité et se trouve parfaitement fixé dans ces épreuves.

Nous avons pu dans un cas fort intéressant obtenir un skia-



Fig. 15 d'après (SCHÜLE). — Ptose du côlon transverse.

gramme de tout le gros intestin (V. pl. IV). Il s'agissait d'une malade qui avait subi antérieurement une résection iléo-cæcale étendue. Elle présenta dans la suite une fistule pyo-stercorale ouverte dans la fosse iliaque droite. La radiographie nous permit de voir que le colon était normal jusqu'au voisinage de l'angle hépatique. Il existe à ce niveau une dilatation assez nette et la fistule part du pôle inférieur de cette dilatation à quelques distance en dedans du bout colique fermé en cæcum et dilaté ; le





trajet fistuleux descend en bas et en dehors vers la fosse iliaque droite en décrivant une courbe à concavité dirigée en dehors. On peut voir le drain demeuré à la plaie dans le bout terminal de la fistule (1). Une autopsie faite ultérieurement nous permit de confirmer l'exactitude de la radiographie. Le skiagramme V appartient à la même malade ; mais la radiographie fut faite alors en position de décubitus dorsal et trop tôt après l'injection de bismuth qui ne pût se répandre dans tout le côlon.

Enfin le skiagramme VI appartient au malade de notre observation XIII (V. p. 76). Il nous fut facile de constater la longueur anormale du côlon pelvien en partie tourné sur lui-même. La sonde introduite par le rectum au moyen du protoscope parvient dans le côlon pelvien, mais il nous fut impossible comme on peut s'en rendre compte, de dépasser le milieu de l'anse qui se trouve soulevée et coudée à angle aigu par le bout de la sonde qui pénètre à 35 centimètres au-dessus de la marge de l'anus (2).

Les expériences de Schüle, pratiquées chez l'enfant, ont surtout pour objet de contrôler la situation du gros intestin et de révéler des ptoses ignorées du côlon transverse.

Nous nous sommes attaché, pour notre part, à faire servir ce procédé d'exploration à la recherche et à la localisation des tumeurs, ou plus exactement des rétrécissements néoplasiques ou inflammatoires dans la continuité du gros intestin. En résumé, il est évident que pour un rétrécissement des côlons et surtout du côlon ascendant et transverse la sonde ne pouvant les atteindre il ne faudra pas songer à en pratiquer

(1) On fit à la suite de cette exploration, une exclusion unilatérale du côlon, par iléo-colostomie pelvienne (H. Hartmann). Mais l'antipéristaltisme fut suffisant pour amener une dilatation des portions exclues. Il fut nécessaire de transformer l'exclusion unilatérale en exclusion bilatérale par section du côlon transverse. La malade guérit opératoirement.

(2) Nous tenons à remercier tout particulièrement, M. Vaillant, chef du laboratoire de radiographie à l'hôpital Lariboisière, pour le soin tout particulier qu'il a apporté à l'exécution de nos épreuves radiographiques.

le cathétérisme. Mais il suffira que le bismuth, arrêté en ce point, nous indique un obstacle avec une diminution du calibre de l'intestin pour nous donner une détermination suffisante du siège d'une tumeur, surtout si la palpation vient confirmer cette épreuve radiographique. La radiographie nous permet de plus, d'avoir une silhouette de la situation du gros intestin dans son ensemble et elle nous empêchera de commettre les erreurs si faciles dans la détermination du siège d'une tumeur, surtout quand l'élongation du méso ou une disposition anatomique anormale, auront modifié les rapports des divers segments du côlon.

Cette méthode est sans doute susceptible de perfectionnements et nos recherches tendent dans ce sens. Mais nous espérons avoir apporté par cet ensemble de moyens d'exploration un faisceau de preuves qu'il convient d'associer et de grouper pour servir au diagnostic précoce et aussi précis que possible des cancers du côlon.

Diagnostic précoce et traitement efficace sont des corollaires nécessaires ; et si nous pensions avoir contribué à la démonstration de cette notion que « le cancer est guérissable par une opération précoce, large et logique » nous nous estimerions déjà très heureux.



DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DU COLON

« Nous n'avons pas à trancher actuellement la question du traitement chirurgical du cancer du côlon, et nous sommes sur quelques points encore un peu hésitant ; les quelques opérations que nous avons faites ne nous permettent pas d'émettre une opinion définitive. Il y a toutefois un certain nombre de faits qui nous semblent actuellement acquis et que nous chercherons à dégager, avouant nos hésitations pour ceux qui ne nous semblent pas encore tranchés. »

« Peut-être l'avenir modifiera-t-il nos conclusions ; dans l'état actuel, la ligne de conduite que nous préconisons (opération en deux temps), nous paraît la plus prudente malgré sa complication apparente. »

Nous avons tenu au début de ce chapitre à citer textuellement ces deux phrases de notre maître Hartmann (1) par lesquelles il commence et termine son étude du traitement chirurgical du cancer des côlons. C'est qu'aussi bien elles résument admirablement le débat encore pendant et exposent clairement l'étape chirurgicale de cette question. La situation est meilleure aujourd'hui qu'hier, mais elle est loin d'être parfaite. « Il est incontestable, dit encore Hartmann, qu'avec ces opérations en plusieurs temps, le traitement est plus long et que le malade a pendant un certain temps, tous les inconvénients d'un anus contre nature. Mais comme le fait observer

(1) H. HARTMANN, *Travaux de chirurgie anatomo-clinique* ; 3^e série : Chirurgie de l'intestin, avec la collaboration de P. LECÈNE et J. OKINCZYK. G. Steinheil, Paris, p. 357.

Mikulicz, ces inconvénients sont compensés par la sécurité et l'innocuité de l'opération. »

Donc sur ce point il ne saurait y avoir de doute. La colectomie en un temps avait donné entre les mains de Körte (53,8 0/0), de Czerny (44,4 0/0), de König (33 0/0), de Krönlein (50 0/0), de Woffler (54 0/0), de Boas (60 0/0), etc., une mortalité effrayante. La colectomie en plusieurs temps a réduit cette mortalité dans des proportions considérables. Elle paraît aujourd'hui une intervention sûre et efficace, sinon une opération brillante. La conclusion s'impose : dans l'état actuel de la science, la colectomie en deux temps est l'opération de choix dans le cancer du côlon. C'était déjà la conclusion de notre mémoire remis pour le concours de la médaille d'or de chirurgie en janvier 1906. Nous disions alors : « Les malades en état d'obstruction resteront la majorité, mais nous verrons avec les progrès de l'investigation chirurgicale, croître le nombre des malades d'une catégorie spéciale : les anémiés sans cause, les malades atteints d'entéro-colite suspecte, de troubles gastriques symptomatiques ne seront plus seulement des malades médicaux ; ils bénéficieront d'une intervention précoce et peut-être ce jour-là, la méthode d'élection s'adressera-t-elle plutôt à cette dernière catégorie. Nous reviendrons peut-être alors à l'intervention en un temps, les conditions générales étant autres, meilleures assurément. »

Depuis un an, certes, les conditions n'ont pas changé. Et loin de nous, la pensée d'écrire ici un chapitre sur la chirurgie de demain. Ce serait nous exposer grandement et telle n'est pas notre intention. Mais pourtant, depuis cette époque des faits d'abord isolés ne sont multipliés, et nous avons pensé qu'il y avait là un indice, un fait nouveau autorisant tout au moins une étude et notre critique.

Ce sont donc ces faits de colectomies en un temps, opérations récentes, suivies de succès que nous pensons reprendre, en les rapprochant pour les étudier, et dégager si possible des

éléments d'une chirurgie à la fois efficace et plus séduisante autant pour le malade que pour le chirurgien.

Ce chapitre comprendra donc deux parties.

La première résumera l'état actuel de la question ; dans la seconde nous discuterons les faits nouveaux qui plaident peut-être en faveur de la colectomie en un temps, d'après les statistiques de B. Pollard, de Littlewood, de Bakès.

CHAPITRE PREMIER

§ 1. — Généralités.

On pouvait penser *a priori*, qu'en chirurgie intestinale, ce qui était vrai pour l'intestin grêle, pouvait le demeurer pour le gros intestin. Or, il n'en est rien, et les faits sont venus rapidement apporter un démenti à une généralisation trop théorique. Les résultats inattendus et contradictoires ont pendant ces dernières années laissé s'établir une sorte de flottement, où l'on démêle difficilement une indication précise et une règle de conduite thérapeutique. Mais ce qui transparaît très nettement dans toute la littérature ayant trait à la chirurgie du gros intestin, c'est l'incontestable gravité de ces interventions. Et si l'innocuité relative des opérations sur l'intestin grêle résulte autant de la perfection actuelle de la méthode, que des conditions anatomiques et physiologiques de ce segment du tube digestif, nous devons conclure pour le gros intestin, ou bien que le dernier mot n'a pas été dit en matière de méthode, ou bien que le gros intestin se trouve être dans des conditions spéciales qui nous expliquent que l'on ait pu parler du danger des résections du gros intestin.

Le gros intestin est court, limité si on le compare à la masse intestinale grêle.

Il est fixe, peu mobile, parfois même dépourvu de péritoine sur une partie de sa circonférence.

Sa vascularisation est moins riche, la suppléance artérielle moins assurée par des anastomoses en arcades étagées (1).

Ses parois sont plus minces par la dissociation de ses couches musculaires ; son calibre est plus considérable.

(1) V. J. OKINCZYK, in H. HARTMANN, *Travaux de chirurgie anatomo-clinique* ; 3^e série : Chirurgie de l'intestin, 1907, p. 124 à 138.

Enfin la présence de l'épiploon en certains points, l'existence d'un méso toujours graisseux et de franges adipeuses compliquent singulièrement les sutures et les anastomoses.

A toutes ces raisons anatomiques viennent s'ajouter, lorsqu'il s'agit de tumeurs, toutes les conditions physiologiques spéciales, normales ou pathologiques, qui commandent une technique particulière, propre au gros intestin.

Le contenu n'a pas la même consistance que dans l'intestin grêle ; il est ou pâteux ou solide ; ces conditions, on le comprend, sont particulièrement défavorables ; la résistance des sutures a une limite, et la pression de matières dures en compromet gravement la solidité. La stagnation physiologique des matières, la lenteur de la digestion dans cette partie du tube digestif, prédisposent aux fermentations et à l'exaltation de virulence des hôtes pathogènes ou indifférents du contenu.

La clinique à son tour vient nous donner la raison de ces dangers. En effet, que sur cet intestin déjà suffisamment exposé, vienne s'ajouter un élément pathologique, la tumeur, et alors nous voyons les symptômes emprunter aux conditions anatomiques et physiologiques défavorables où il se trouve placé, un caractère spécial de gravité.

La distension, l'œdème des parois, l'hypertrophie des tuniques en amont, compliquent jusqu'à l'impossibilité l'anastomose directe des bouts sectionnés.

Il en résulte ce que les Allemands appellent une « incongruence », souvent irréductible des deux bouts. Le muscle entérique est irritable, il se contracture, tiraille les sutures, déjà distendues excentriquement par les matières trop abondantes et à demi-solides.

Le péritoine réagit mal parce qu'il est imprégné de toxines qui diminuent sa résistance. La moindre souillure, la moindre infection de la séreuse par un contenu particulièrement septique devient une cause de mort par péritonite diffuse.

Enfin la résistance locale est diminuée parce que la résistance de l'individu est elle-même diminuée. L'organisme est

frappé dans la source même qui assure sa conservation : la nutrition, l'alimentation se font mal parce que le malade souffre et parce que l'anorexie est la conséquence de la dyspepsie stercorale qui l'atteint. L'absorption ne se fait plus que pour infecter l'organisme des produits de putréfaction et des toxines qui se forment dans l'intestin. Inanition et toxhémie, voilà les deux termes qui placent l'individu en une sorte d'équilibre instable, que l'intervention chirurgicale peut rompre au détriment du malade.

L'occlusion intestinale n'est que l'exagération de tous ces éléments nocifs et l'on peut en déduire toute la gravité d'une opération dans ces conditions, où l'état général se complique de l'état d'asystolie de l'intestin et de distension passive qui rendent précaires les sutures et les anastomoses.

Tout ce qui précède est en quelque sorte le fruit d'une expérience *a posteriori*. Quand les résultats malheureux sont venus contre toute attente, et en grand nombre démentir les espoirs qu'on fondait sur cette partie de la chirurgie intestinale, on a cherché le pourquoi de ces échecs, et l'idée a pris corps que le gros intestin doit être traité autrement que l'intestin grêle.

Les résultats le prouvent, l'analyse des symptômes nous permet de trouver les moyens de tourner les difficultés et d'arriver à concevoir une méthode plus sûre dans ses indications et plus féconde en ses résultats.

Nous arrivons ainsi à diviser les malades en plusieurs catégories :

- 1° Malades en état d'occlusion ;
- 2° Malades en état d'obstruction ;
- 3° Malades dont l'intestin est au repos.

Il existe une extrême variété dans la fréquence de ces trois états. Les malades en état d'obstruction aiguë ou chronique constituent l'immense majorité de ceux qui se confient à nos soins. Puis viennent les malades en état d'occlusion. Enfin la

très infime minorité est formée de ceux dont l'intestin fonctionne d'une façon à peu près régulière.

Les indications opératoires se ressentent nécessairement de la fréquence relative de ces catégories, et actuellement si l'on parle d'une méthode d'élection pour les tumeurs du côlon, il est bien entendu qu'il s'agit de malades en état d'obstruction aiguë ou chronique.

Nous ne sommes pas éloigné de croire que cette classification de malades est elle-même en voie d'évolution ; et nous espérons qu'il ne tardera pas à se faire un déplacement de fréquence.

Actuellement, nous devons nous en tenir aux conditions les plus habituelles où se trouvent nos malades.

§ 2. — Indications opératoires.

En cas d'occlusion, on est unanime sur ce point, il ne s'agit que de faire vite, et de faire le minimum : lever l'obstruction. Pas d'exploration, à plus forte raison, pas d'opération radicale.

L'anus artificiel remplit ces conditions. Quelle que soit le procédé employé, il ne faut pas perdre de vue que la technique la plus rapide, la moins traumatisante est celle qui a les plus grandes chances d'être la meilleure. C'est pourquoi dans ces cas, l'extériorisation de la tumeur fût-elle facile, nous ne la ferions pas, parce qu'elle nécessite un temps de fixation par sutures que nous chercherons à éviter.

L'emploi du tube de Paul permet l'ouverture immédiate de l'anus, sans contamination de la plaie ni du pansement (V. fig. 16), mais le plus souvent nous voyons les malades en état d'obstruction aiguë ou chronique ; et c'est à ce sujet que les divergences d'opinion sont grandes.

Aussi, ne chercherons-nous pas à faire parmi les procédés un choix théorique et qui risquerait de ne pas répondre tou-

jours aux circonstances. Notre critérium sera toujours un critérium anatomique et clinique.

Le ventre ouvert, nous sommes en présence de deux catégories de tumeurs : celles opérables et celles inopérables.

Dans le chapitre d'anatomie pathologique que nous avons consacré à cette question dans les *Travaux de chirurgie anatomo-clinique* (H. Hartmann), nous avons montré quels étaient les caractères d'une tumeur inopérable, ou plus exactement les conditions anatomiques qui contr'indiquaient l'intervention.

Les métastases viscérales surtout hépatiques, les propagations péritonéales avec ou sans ascite, les adhérences trop

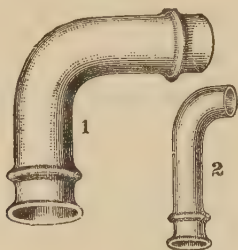


Fig. 16.

étendues doivent nous faire abandonner toute idée d'exérèse. Nous nous bornerons alors à tenter suivant les cas et les circonstances une opération palliative :

Anus artificiel définitif ;

Exclusion ;

Entéro-anastomose.

1^o Tumeurs inopérables.

La présence de ganglions même assez développés ne sera jamais une contr'indication ; nous savons qu'ils sont rarement envahis par l'élément épithélial et que leur hypertrophie est surtout une réaction inflammatoire.

L'épaississement du méso sans rétraction est de même nature, et n'indique pas une propagation néoplasique.

Les adhérences à la paroi antérieure compliquent une intervention, mais le plus souvent ne la contr'indiquent pas. Il n'en est plus de même des adhérences pariétales postérieures. Elles empêchent le décollement anatomique qui utilise le plan de clivage normal ménagé par les fascia rétro-péritonéaux, elles marquent souvent des propagations viscérales vers les organes rétro-péritonéaux, le duodénum en particulier, mais encore les reins, les vaisseaux iliaques et les uretères.

Obs. XVIII. — *Cancer du côlon ascendant. — Colectomie. — Mort.*

Pierre G..., 44 ans, entre le 1^{er} décembre 1904, dans le service de notre maître Hartmann, pour des douleurs abdominales.

Le début de l'affection remonte à deux mois. Le malade qui, en raison de sa profession (marchand de vin), buvait 4 litres de vin par jour et quelquefois des alcools, n'avait jusque-là jamais présenté que des vomissements matinaux. Il est alors pris dans l'après-midi, et brusquement, de douleurs abdominales.

Ces douleurs siégeaient vers le milieu du ventre, s'étendant latéralement le long d'une ligne horizontale passant par l'ombilic. La région lombaire est également douloureuse.

Ces douleurs étaient semblables à des coliques : mais malgré la sensation du besoin, elles n'étaient suivies d'aucune évacuation. Ces symptômes se sont reproduits 5 à 6 fois en 2 mois. A chaque reprise, le malade prend une purgation ou un lavement qui provoque une selle : l'évacuation obtenue, les douleurs cessaient aussitôt.

Dans l'intervalle des crises, constipation ordinaire : les selles étaient impossibles et le malade ne rendait même pas de gaz. Ces périodes d'occlusion de 24 heures de durée environ, s'accompagnaient de météorisme et de violentes coliques, exigeant quelquefois des piqûres de morphine. Au moyen d'un lavement pris le matin, il évacuait des matières qui auraient été jaunâtres, dures, en forme de grosses billes.

L'appétit est conservé. Pendant 3 semaines, le malade a suivi un régime lacté assez rigoureux.

Depuis les deux derniers mois, il affirme avoir maigri de 20 kilogrammes.

Il n'aurait jamais eu d'ictère, ni de vomissements, si ce n'est les pituites éthyliques du matin, avant ces trois derniers mois. Depuis, il a eu quelquefois des vomissements alimentaires, qui alors le soulageaient de ses douleurs.

Le malade présente depuis longtemps, des épistaxis qui se produisent surtout par la narine gauche.

Etat actuel. — Le malade a du subictère des conjonctives. Il n'a plus d'épistaxis.

Les douleurs irrégulières prenant par crises, 4 à 5 heures après les repas, durent de 12 à 24 heures.

A la palpation, le grand droit, en avant de la vésicule biliaire, est contracté, et cette région est légèrement douloureuse en dehors de toute crise.

A la percussion, le foie et l'estomac sont normaux. Pas d'ascite.

La tension de la paroi abdominale empêche le palper ; aussi ne trouve-t-on pas de tumeur. La seule particularité est que la défense musculaire est encore plus marquée à droite et en haut qu'à gauche.

OPERATION, le 9 décembre 1904 (M. Hartman ; aides : MM. Lecène et Gérard). — Incision commençant un peu à droite de la ligne médiane, au-dessous de l'appendice xyphoïde, et descendant obliquement en bas et à droite, puis verticale sur le bord externe du droit.

La vésicule est saine.

Au palper, nous trouvons profondément une tumeur sur le côlon ascendant, un peu au-dessous de l'angle droit. Incision du péritoine en dehors et décollement du côlon ascendant.

Nous trouvons des ganglions petits, durs, une sortie d'infiltration en plaque du méso. Nous sectionnons celui-ci, et nous poursuivons le décollement jusqu'au delà des ganglions, découvrant ainsi la deuxième partie descendante, du duodénum.

Le côlon, primitivement fixé contre la paroi postérieure de l'abdomen, devient alors assez mobile pour être amené à l'extérieur.

On tente alors l'autoplastie du péritoine postérieur, qui reste imparfaite.

Fermeture du péritoine, avec fixation de l'anse extériorisée à la plaie pariétale.

Ecrasement des deux bouts, ligature ; excision de la tumeur.

Une sonde est placée dans le bout supérieur.

Suture de la plaie, et tamponnement à la gaze iodoformée autour des bouts intestinaux.

Suites opératoires. — Le soir, la température est à 37°, 2 ; le pouls est à 80.

10 décembre. — La température s'élève à 40, et le malade meurt dans la matinée.

AUTOPSIE. — Le 12 décembre, ouverture du ventre sur la ligne médiane. Dès l'ouverture du péritoine, on aperçoit des traces de péritonite généralisée. Les anses sont vascularisées et distendues ; et il se trouve du liquide louche en petite quantité entre les anses. En décollant l'intestin grêle prudemment on arrive sur la région de la résection du côlon. Les deux bouts du côlon réséqué sont fixés à la paroi : il n'y a rien d'anormal en ce point, et le gros intestin réséqué était parfaitement isolé de la grande cavité péritonéale. Le méso-côlon réséqué est lié en plusieurs points ; pas d'hémorragies à ce niveau. Mais sur le duodénum, à l'union de la deuxième et de la troisième portion, il existe une petite perforation, grosse comme une tête d'épingle, qui donne issue à des gaz et à du liquide intestinal. C'est là évidemment la cause de la péritonite par perforation

Les autres organes sont sains.

Examen histologique. — Il s'agit d'un carcinome infiltrant et renfermant très peu de formations adénomateuses. On trouve des boyaux de cellules épithéliales néoplasiques non disposés en pseudo-tubes glandulaires. Tous les ganglions examinés se sont montrés bourrés de métastases cancéreuses (Dr Lecène).

1. — EXCLUSION.

Il peut arriver fréquemment qu'à l'élément néoplasique s'ajoute un élément inflammatoire, et qu'il soit difficile de faire la part exacte des deux processus.

Les abcès seront ouverts et drainés. A ce sujet nous croyons devoir insister sur l'aspect que donnent fréquemment aux tumeurs les suppurations qui les entourent. On peut croire inopérable une tumeur qui bientôt se mobilise et se réduit par le drainage des abcès, et la mise au repos par une dérivation des matières. Roskochny (1) fait une exclusion pour une tumeur inopérable du cæcum et du côlon ascendant ; il intervient à nouveau pour fermer une fistule persistante et constate avec surprise que la tumeur s'est réduite dans des proportions considérables ; elle est devenue mobile. Rien ne s'opposant plus à l'exérèse, Roskochny pratique l'extirpation des parties exclues et le malade guérit.

Chez un malade de Roux (2), l'effet de l'exclusion fut tel anatomiquement que huit mois plus tard cet auteur put très facilement extirper avec succès le côlon ascendant et une partie du transverse, tandis qu'une vaste infiltration des parties abdominales l'avait fait reculer la première fois.

Ce cas et d'autres semblables constituent à nos yeux la grande valeur de l'exclusion comme opération palliative dans les tumeurs du côlon. La mise au repos du néoplasme, et du segment intestinal envahi, diminue l'œdème, fait tomber l'élément inflammatoire ; les adhérences peuvent disparaître, et

(1) ROSKOCHNY, Zur Casuistik der Darmausschaltung. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1901, mai. Bd. 59, S. 406.

(2) ROUX, XVI^e Congrès français de Chirurgie, 1903.

si l'on surveille le malade, peut-être pourra-t-on surprendre le moment opportun où une extirpation des portions exclues sera devenue possible. Nous aurons ainsi réalisé l'opération en deux temps pour ces cas qui constituent la limite imprécise entre les tumeurs opérables et celles qui ne paraissent plus justiciables d'une thérapeutique radicale. Ajoutons que ces tumeurs sont de celles où il est difficile *a priori* de faire la part de l'élément néoplasique et de l'élément inflammatoire. C'est le cas où jamais de pratiquer l'expectative armée, et nous le pouvons en faisant d'abord l'exclusion.

2. — ENTÉRO-ANASTOMOSE.

Dans tous les cas, où il s'agira de tumeurs vraiment inopérables, et quand l'état du malade, son âge et sa résistance l'autoriseront, nous ferons plutôt l'entéro-anastomose. Nous nous guiderons pour le choix du siège de cette anastomose, sur le siège même de la tumeur.

On a pu faire dans quelques cas favorables une colo-colostomie. Ce sont ceux où les segments sus et sous-jacents à la tumeur se trouvent juxtaposés par une disposition anormale d'une des parties du côlon. Il s'agit alors presque toujours d'une ptose du côlon transverse. Et pourtant, malgré cette facilité, nous pensons qu'il est préférable de ne pas faire la colo-colostomie.

L'entéro-anastomose a d'autant plus de chances de fonctionner normalement et longtemps, qu'elle sera faite en tissu plus sain, et plus loin du néoplasme.

Une colo-colostomie nous oblige à utiliser le segment sus-jacent à la tumeur, anatomiquement et physiologiquement altéré. Une iléo-colostomie nous permet de faire porter l'anastomose à une grande distance de la tumeur, et de nous mettre à l'abri de l'envahissement possible de la bouche anastomotique par le néoplasme.

Obs. XIX (H. HARTMANN).— *Envahissement par le néoplasme d'une anastomose colo-colique pour cancer du côlon pelvien.*

Mme M. . . , 56 ans, entre le 5 décembre 1898 à l'hôpital Bichat pour des accidents d'occlusion intestinale complète.

La malade souffrait depuis trois mois d'un état général mauvais : anorexie complète, envie de vomir. Il y a un mois surviennent des douleurs abdominales sous forme de coliques très douloureuses rappelant, dit la malade, les douleurs de l'accouchement. Dès ce moment la constipation devient opiniâtre, mais elle ne devient de l'obstruction complète que 15 jours avant son entrée à l'hôpital.

Il n'y a pas eu de selles à proprement parler depuis 15 jours.

A l'examen le ventre est extrêmement distendu.

On ne trouve rien dans les antécédents personnels, sinon il y a deux ans des coliques hépatiques.

PREMIÈRE OPÉRATION, le 6 décembre 1898 (M. Hartmann). — Anus cæcal. Les matières et le gaz sortent en grande abondance. On ne peut au cours de l'opération déterminer le siège du néoplasme.

DEUXIÈME OPÉRATION, le 14 janvier 1899 (M. Hartmann ; aides : MM. Gosset et Guillemain). — Sigmoidectomie. Incision médiane sus et latéro-ombilicale gauche. Nous partons du cæcum très dilaté et suivons les côlons ascendant transverse et descendant, nous ne trouvons rien. L'incision est alors agrandie en bas jusqu'au pubis. La malade est placée en position élevée du bassin. Nous suivons l'anse oméga et sur sa deuxième portion, à peu près en son milieu un peu avant le rectum proprement dit, nous pouvons voir un point où le côlon est comme étranglé par une ficelle. Il existe un sillon dans la masse grasseuse où l'on ne peut le voir que par places. Au palper on sent la tumeur à ce niveau.

L'exploration du court méso qui existe en ce point y révèle la présence d'une masse dure qui s'étend jusqu'à la paroi de l'excavation et plus haut le long du détroit supérieur et même au devant de la colonne lombaire on trouve des ganglions dégénérés. Dans ces conditions l'extirpation est inutile et nous décidons d'établir une entéro-anastomose.

Ramenant la partie supérieure par-dessus la masse cancéreuse nous l'adossons par un double surjet séro-séreux à la face antérieure du rectum. Ouverture de l'intestin. Deuxième surjet muco-musculaire. Reprise du surjet superficiel.

Les deux anses anastomosées sont très différentes, la supérieure est épaisse, hypertrophiée, comme contracturée. L'inférieure est au contraire souple et mince. Nous éprouvons d'ailleurs quelques difficultés dans le rapprochement des deux segments à anastomoser.

Fermeture de la paroi : catgut et crin.

Suites opératoires. — Température 38° et 37° 7. Pouls à 92.

15 janvier. — Température 38° et 37° 6. Pouls à 108 et à 104.

Pas de vomissements, on fait du reste le pansement de l'anus artificiel tous les jours.

16. — La température reste à la normale ainsi que le pouls. Il survient alors une diarrhée qui persiste jusqu'au 22 janvier.

27. — Ablation des fils. On trouve un abcès de la partie inférieure de la paroi. Il est ouvert et drainé.

Mort le 30 janvier.

AUTOPSIE : 1^{er} février 1899. — On incise la paroi abdominale suivant le trajet de la laparotomie. On trouve entre la peau et la paroi un vaste abcès remontant en haut jusqu'à l'ombilic et qui a été drainé.

A l'ouverture de l'abdomen on peut voir les anses de l'intestin unies par des exsudats pseudo-membraneux : il existe même par places entre les anses du pus collecté.

La recherche du néoplasme est rendue extrêmement pénible à cause de la multiplicité des adhérences des anses, tant entre elles qu'à la paroi abdominale. Néanmoins on finit par le trouver au niveau de la portion toute inférieure du côlon descendant. Au-dessous l'intestin paraît vide et rétréci. Au niveau de l'anastomose colo-colique la quantité de pus et d'adhérences est encore bien plus grande. Cependant on constate que l'anse inférieure efférente est pleine de matières jusqu'au rectum ; par conséquent la continuité est bien rétablie.

L'examen de la bouche anastomotique permet de reconnaître qu'elle a été envahie par la masse cancéreuse. En arrière, le long de l'aorte abdominale, s'échelonnent jusqu'au diaphragme de très volumineux ganglions néoplasiques. On en trouve également plusieurs dans le méso-colon pelvien.

Le foie est volumineux, mais paraît sain. Il y a dans la vésicule, petite et scléreuse, un volumineux calcul biliaire.

Le cœur est gros le ventricule gauche est hypertrophié à droite, les cavités auriculo-ventriculaires sont dilatées.

L'aorte est très athéromateuse.

L'utérus contient un fibrome du volume du poing.

Les autres organes sont sains.

Si nous avions à choisir nous donnerions la préférence à l'iléo-sigmoïdostomie pour les tumeurs du côlon ascendant transverse ou descendant, et à l'iléo-rectostomie pour les tumeurs du côlon pelvien.

Obs. XX. — *Cancer du côlon pelvien. — Iléo-colostomie.*

M. F..., 62 ans, entre le 27 octobre 1905 à la maison de santé pour y subir l'opération projetée, et parce qu'il présente des phénomènes d'obstruction intestinale.

Le malade a toujours eu des selles irrégulières et difficiles plutôt que de la constipation.

En mars 1900, à la suite d'une purgation d'huile de ricin, le malade est pris de violentes coliques avec sueurs froides.

En *avril* 1901, au cours d'une grippe assez forte, il présente des coliques avec vomissements. Ces accidents sont successivement diagnostiqués : colique hépatique et gastro-entérite.

En *avril* 1902, nouvelle crise de très fortes coliques. En présence de symptômes gastro-entéritiques, le médecin consulté prescrit des lavages intestinaux.

En *septembre* 1902, les coliques deviennent habituelles, fréquentes, mais peu violentes et se renouvelant après les repas. Les matières sont rendues mélangées ou seulement entourées de glaires.

En *février* 1903, les douleurs deviennent assez fréquentes, et tendent à se localiser dans la fosse iliaque droite. On porte alors le diagnostic d'appendicite chronique, et que l'on traite par un régime alimentaire.

Un autre médecin consulté pense qu'il ne s'agit pas d'appendicite. Mais en présence de l'empâtement de la fosse iliaque, croit plutôt avoir affaire à de la typhlite, à de l'entéro-colite chronique avec troubles nerveux et dilatation gastrique. A la suite d'un régime sévère, le poids du malade tombe de 63 à 57 kilogrammes.

Il fait en *juillet* une saison à Châtel-Guyon.

En *juillet* 1904, le malade fait une cure à Luxeuil. Le résultat est mauvais : perte de poids, dépression physique. En même temps le malade commence à rendre des matières un peu sanguinolentes.

En *août* 1904, le malade présente une sciatique de la jambe gauche et des douleurs de reins fréquentes.

En *septembre* 1904, le docteur Arnozan trouve au point de jonction du côlon transverse et du côlon descendant une certaine résistance profonde.

En *novembre* 1904, l'état général est assez bon, les selles sont assez régulières, copieuses et d'émission facile. Mais les caillots de sang, dans les selles, autrefois très rares, sont devenus plus fréquents. Ils sont rendus au commencement de la défécation et donnent au malade la sensation de diarrhée.

Les douleurs du côté droit de l'abdomen ont disparu pendant plus de trois semaines, mais les douleurs lombaires ont persisté.

Du côté gauche de l'abdomen, le docteur Legendre trouve également une zone résistante, douloureuse à la pression mais non spontanément.

En *janvier* 1905, le malade rend encore quelques caillots de sang avec les selles. Le toucher rectal pratiqué à ce moment permet de constater la présence d'hémorroïdes.

En *février*, les caillots de sang deviennent plus fréquents, les douleurs lombaires augmentent.

A cette époque, le malade est atteint d'un zona du côté droit au niveau de la ceinture. Il perd 2 kilogrammes en quelques jours.

En *avril*, les selles sont abondantes, mais elles contiennent une assez grande quantité de sang noir coagulé, qui précède ordinairement les fèces. Celles-ci en sont quelquefois enveloppées, mais le sang ne pénètre pas dans les parties moulées.

En *mai*, le volume des selles devient irrégulier. Glaires et sang.

En *juin*, les douleurs lombaires tendent à s'irradier vers les cuisses jusqu'au genou.

Pendant l'été de 1905, il va voir à Berne le docteur Dubois, qui trouve une tumeur. Il revient alors à Ouchy pour voir le docteur Roux et le docteur Combe, qui tous deux disent : tumeur.

On note dans ses antécédents personnels, en 1864, une affection vénérienne, traitée par les pilules de Dupuytren ; il s'agissait d'une érosion, située à la jonction du gland et du prépuce, et qui s'est manifestée 8 jours après un rapport. Quelques érosions amygdaliennes.

Etat actuel. — Le malade se croirait mieux que dans les autres périodes de sa maladie, sans les maux de reins qui le privent de sommeil.

Les selles sont assez faciles, au nombre de deux par jour ; elles sont moulées, rondes sans trace de sang, ni de glaires. Leur diamètre de 15 millimètres est cependant inférieur à la normale.

17 *octobre*. — Après un voyage et un examen un peu prolongé, le sang reparait dans les selles.

22. — Les douleurs de la fosse iliaque gauche qui étaient rares et peu intenses ont augmenté de fréquence depuis deux jours. Le malade éprouve en même temps des douleurs dans le côté droit et quelquefois au niveau de la région sus-ombilicale.

D'après les nombreux examens d'urine qui ont été faits au cours de la maladie, la conclusion qui s'impose est qu'elles ont été à peu près normales pendant sa durée. Tout au plus peut-on noter au début surtout, une hyperacidité qui est due à la présence en assez grande abondance d'acide urique.

Dès 1896 on trouve à deux reprises signalée la présence d'*indican*.

La dernière analyse, pratiquée le 2 *octobre* 1905 à Lausanne, montre l'urine fortement hyperacide.

La sécrétion d'urée est de 24 grammes par 24 heures.

Acide phosphorique total 3 gr. 15 (sup. à la norm.)

Substances aromatiques. 0 gr. 202 par 24 heures

tandis que la proportion normale est de 0 gr. 050 à 0 gr. 100.

Ces substances aromatiques se décomposent ainsi :

Phénol 0,025 par litre

Oxyacides aromatiques. 0,015 —

Dérivés de l'indol et du scatol . . 0,075 —

Comme éléments anormaux nous trouvons :

Acétone et acide acétique 0,050 par litre

Urobiline. 0,020 —

Albumose traces

Cristaux d'oxalate calcique abondants

Acide lactique présent

Rapports et coefficients urologiques.

Coefficient des oxydations élémentaires (Bouchard) . 39,6 norm. : 50

Coefficient de déminéralisation.	37,3	norm. : 30
Coefficient d'acidité.	5,3	norm. : 3
Coefficient d'assimilation	76,9	norm. : 83
Rapport de Az de l'ammoniac à Az total 0/0	9,8	norm. : 5
Coefficient de déphosphorisation.	21,8	norm. : 18
Coefficient de désulfurisation	19,4	norm. : 16
Coefficient de déchloration	73,3	norm. : 70

Coefficients d'auto-intoxication.

Coefficient de Baumann-Morax (renversé) ; Rapport SO^3

des sulfo-éthers au SO^3 , total 0/0. 15,6 norm. : 10

Rapport SO^3 des sulfo-éthers à Az, total 0/0 3,0 norm. : 1,5

Coefficient de Combe. Rapport des substances aromati-

ques à Az, total. 1395 norm. : 200 à 350

Conclusion. — Cette analyse se rapproche sensiblement du type entérique par sa réaction hyperacide, par l'augmentation des acides urique et oxalique ; des sulfo-éthers ; des substances aromatiques ; par la présence d'acétone et d'acide lactique, d'urobiline et d'albumose. De plus, ces urines indiquent nettement une intoxication qui, dans le cas présent, doit être d'origine intestinale.

Différents examens de matières fécales ont été pratiqués en 1906.

3 octobre 1905, analyse chimique : Fermentation précoce.

Analyse microscopique.

Débris d'aliments indigérés : beaucoup de fibres musculaires et de cellulose.

Cristaux et concrétions : oxalate calcique en grande quantité.

— — phosphate amoniac-magnésien . . beaucoup

— — leucine, tyrosine néant

Eléments histologiques : suc intestinal. peu

— — cellules épithéliales beaucoup

— — globules blancs nombreux

— — éosinophiles. nombreux

Eléments parasitaires néant

Analyse bactériologique.

Espèces dominantes : coli-bacilles.

Espèces accessoires : protéolytes gros bacilles présents

— — — microcoques peu abondants

— — — entérocoques très abondants

Bactéries pathogènes : bacilles de Koch . néant

Une autre analyse pratiquée le 17 octobre signale dans les selles la présence de globules blancs abondants, peu altérés, et de polynucléaires nombreux. Les glomérules rouges sont aussi abondants. On trouve encore des cellules embryonnaires rondes, à granulation brunâtre, libres dans le mucus ou formant des amas. Enfin, l'examen révèle la présence d'épithé-

lium cylindrique nécrosé, en dégénérescence graisseuse ou colloïde, de cellules libres et de fragments épithéliaux de la surface des glandes en tube. Il existe encore dans ces matières quelques rares cellules plates à gros noyaux, et quelques débris nécrosés des glandes de Lieberkuhn avec leur épithélium cylindrique en dégénérescence colloïde.

L'examen est pratiqué par M. Hartmann, qui trouve le ventre légèrement météorisé. On sent par le palper une tumeur assez difficile à apprécier comme contour, ayant un volume égal à celui d'un poignet d'enfant de 12 ans, allongé en bas et en dedans; elle atteint par son extrémité externe la partie la plus interne de la fosse iliaque gauche, et se perd par son extrémité interne dans l'excavation.

Le toucher rectal est négatif, même lorsqu'on cherche à déprimer la tumeur abdominale.

Celle-ci semble mobile dans une certaine mesure; elle est à peine sensible à la pression.

Pendant l'examen, nous sentons à plusieurs reprises les gaz passer sous la main en donnant une sensation de gargouillement.

OPÉRATION, le 31 octobre 1905 (M. Hartmann; aides: MM. Lecène et Okinczye). — Iléo-colostomie pelvienne.

Avant l'opération, et sous l'anesthésie chloroformique, le météorisme disparaît complètement. On peut voir alors au-dessus de l'arcade crurale, à gauche de la ligne médiane et dirigée vers la fosse iliaque du même côté, une tumeur assez volumineuse, et qui soulève la paroi. Ce symptôme est assez net pour être perceptible par la simple inspection et même à distance. D'ailleurs, on assiste pendant quelques instants à des modifications du volume de la tumeur et à la formation d'ondes péristaltiques de la plus grande netteté.

Incision médiane sous-ombilicale. Nous trouvons, au niveau du colon iliaque, une masse cancéreuse enserrant l'intestin, et se continuant avec une infiltration cartonnée du méso jusqu'à la colonne vertébrale. Il est possible de mobiliser dans une certaine mesure la partie malade de l'intestin; mais cette mobilité n'indique pas que la tumeur soit extirpable, car tout le méso infiltré suit la main comme un volet.

Chose curieuse, l'intestin est distendu par des gaz au-dessus et au-dessous de la lésion. Nous explorons alors avec la main et l'œil le côlon-rectum jusqu'au fond de l'excavation pour voir s'il n'existe pas un deuxième néoplasme: nous ne trouvons rien.

Alors prenant la dernière anse de l'iléon, nous l'amenons au contact de la jonction recto-sigmoïde et nous faisons une anastomose iso-péristaltique à la soie. Suture de la paroi.

Suites éloignées: juin 1906. — Fonctions intestinales à peu près normales. Les douleurs lombaires sont très marquées. Le malade paraît s'amaigrir et se cachectiser lentement.

L'iléo-rectostomie par le procédé de M. Lardennois réalise le type d'une entéro-anastomose rapide et facile.

Obs. XXI (H. HARTMANN). — *Néoplasme du côlon pelvien. — Obstruction intestinale. — Typhlotomie. — Iléo-rectostomie par le procédé de Lar-dennois. — Guérison.*

Henri C..., 58 ans, entre le 11 décembre 1905, salle Civiale parce qu'il présente depuis une quinzaine de jours des symptômes d'obstruction complète. Ces symptômes constituent la première manifestation de son affection.

Le malade s'est jusque-là toujours bien porté. Les fonctions gastro-intestinales étaient assez bonnes. Le malade allait à la selle tous les deux jours, quelquefois, mais plus rarement tous les jours. Les matières étaient molles, ordinairement moulées, de la grosseur du doigt. La malade n'a jamais constaté de mélæna ni d'entérorragie, il n'a jamais constaté dans ses selles la présence de glaires ni de pus. La défécation a toujours été indolore.

Depuis 17 jours, brusquement sans cause apparente le malade n'a pas été à la selle, mais il a continué à rendre des gaz. Il y a 8 jours il prend 50 grammes d'huile de ricin : aucun résultat, et le malade vomit sa purgation. Le lendemain même tentative suivie du même résultat. On essaie de lui donner des lavements d'un demi-litre qui pénètrent avec difficulté, sont assez bien tolérés mais ne produisent aucun effet. Le malade a cessé presque complètement de s'alimenter, il boit seulement de l'eau filtrée. Il vomit sept ou huit fois en 17 jours du mucus et de la bile.

L'état général reste bon, sauf des douleurs au niveau du creux épigastrique. La soif est vive. Les urines assez rares (densité : 1.038 ; urée : 41 gr. 6 ; albumine : traces ; sédiments : phosphates ammoniacaux magnésiens et urates d'ammoniaque).

A l'examen, le 11 décembre, le ventre est météorisé très tendu, d'exploration difficile.

A la percussion le cæcum est dilaté, sonoré, ainsi du reste que le côlon transverse et le côlon descendant.

Inspection. — Péristaltisme intestinal visible sous la paroi.

Toucher rectal. — On a la sensation d'une calotte intestinale, que l'on refoule sans que le doigt puisse arriver sur la portion sténosée.

Proctoscopie. — On emploie le tube de 25 centimètres. A 20 centimètres le tube ne peut plus progresser, il semble qu'il existe en ce point un obstacle, qui n'apparaît pas pourtant dans la lumière du proctoscope.

OPÉRATION, le 12 décembre 1905 (M. Lecène, aide : M. Okinczye). — Anesthésie chloroformique. Incision iliaque droite de 8 centimètres à un travers de pouce de l'épine iliaque antérieure et supérieure. On ouvre le péritoine : il s'écoule du liquide ascitique. Le cæcum très distendu fait hernie dans la plaie. On fixe une bosselure cæcale par un surjet séro-musculo-séreux de soie n° 2. On attire alors la portion de cæcum herniée avec deux pinces de Kocher. On faufile en bourse une soie n° 2 autour du futur orifice dans lequel on mettra le tube de caoutchouc. Cette soie est passée seulement dans la musculo-séreuse. Ensuite, au sommet de la bos-

selure extériorisée, incision de la paroi intestinale : des gaz abondants et fétides s'en échappent. On introduit alors un tube de caoutchouc et on serre la ligature en bourse autour de cette sonde. Par surcroît de précaution, on fixe à l'intestin la sonde par un catgut 0. Réunion de la plaie au catgut et au crin.

Pansement. — A ce moment des matières liquides s'échappent avec bruit par la sonde ; l'intestin n'a pas perdu la faculté de se contracter et nous assistons aussitôt à la formation d'ondes péristaltiques intermittentes suivies chaque fois de l'expulsion bruyante de matières.

Suites opératoires. — Guérison le 3 janvier, 3 selles spontanées par l'anus normal.

DEUXIÈME OPÉRATION, le 22 janvier 1906 (M. Hartmann). — Cœliotomie exploratrice sous-ombilicale. On reconnaît l'existence d'une tumeur cancéreuse inopérable du côlon pelvien. On referme.

TROISIÈME OPÉRATION, le 26 février 1906 (M. Hartmann). — Iléo-rectostomie avec exclusion unilatérale du gros intestin. Incision sous-ombilicale médiane ; le néoplasme siège sur le côlon pelvien. Il n'est pas très gros, mais le méso est rigide, infiltré ; il existe des ganglions à distance, toute tentative d'extirpation est impossible. Comme la paroi antéro-supérieure du rectum au fond du Douglas est saine nous faisons avec la pince de Lardennois une iléo-rectostomie au bouton. Puis nous coupons l'iléon au delà de l'anastomose et fermons les deux côtés de la section par un double plan de suture.

Suites opératoires. — Assez simples. Le 7 mars ablation du bouton libre dans l'ampoule rectale. A partir de ce moment les selles diminuent de fréquence et le 12 mars le malade ne présente plus que 4 selles par 24 heures, 2 le jour et 2 la nuit.

Sort guéri le 11 avril.

Revu au mois d'octobre 1906 en très bon état de santé.

L'entéro-anastomose a l'avantage appréciable d'éviter l'anus artificiel. C'est l'argument de Terrier à la Société de Chirurgie (nov. 1905). Mais le choix à faire dépend essentiellement de l'état du malade.

3. — ANUS ARTIFICIEL.

S'il s'agit d'un sujet dont la résistance est diminuée, nous pensons que l'entéro-anastomose, opération intra-abdominale plus longue et plus délicate, doit être délaissée en faveur de l'anus artificiel dont la mortalité est nulle.

La vie sociale est, somme toute, compatible avec un anus

iliaque Hartmann (1), et ce n'est souvent qu'une éducation à faire pour le malade qui saura rapidement, au moyen d'irrigations quotidiennes, assurer la continence parfaite de l'anus pendant toute la journée.

Mais comme l'entéro-anastomose, l'anus devra porter dans ce cas aussi loin que possible de la tumeur. L'anus cæcal dans la grande majorité des cas réalisera ces conditions (Cavaillon) (2).

Les seules contr'indications à l'anus cæcal peuvent résulter de l'hyperdistension relativement fréquente de ce segment au cours de l'occlusion, et de l'inconvénient de matières liquides moins bien contenues et pouvant en certains cas produire une déshydratation assez marquée de l'organisme.

Nous trouvons une compensation dans le siège iliaque de l'anus cæcal, ce qui permettra l'adaptation plus facile d'un appareil fixé à la ceinture du malade.

2° Traitement des complications.

Avec l'invagination qui est assez rare et qui ne comporte pas un traitement spécial, les plus importantes sont les abcès et les fistules colo-viscérales.

Les abcès qui peuvent être dans quelques cas le premier signe d'une tumeur intestinale (Tuffier) (3) seront traités comme tels, indépendamment d'une cure ultérieure de la tumeur, si possible.

Pour les fistules colo-viscérales, on ne peut établir de règle de conduite absolue ; en général, elles constituent une complication grave ; nous nous inspirerons dans ces cas du siège et de l'importance de la fistule, des sacrifices qu'elle impose, et de la résistance du sujet. Il est certain, pour ne citer qu'un exemple, que les fistules cholécystico-coliques n'ont pas la gravité des fistules colo-vésicales (V. Morton, obs. V).

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 15 nov. 1905, p. 913.

(2) CAVAILLON, *Thérapeutique chirurgicale du cancer du gros intestin*. Th. Lyon, 1905.

(3) TUFFER, *Loc. cit.*

L'anus artificiel et iliaque (car il s'agit dans l'immense majorité des cas de cancer du côlon pelvien) suffit pour tarir ces fistules.

Les deux observations suivantes en sont la preuve évidente, de même que notre observation VI (V. p. 45).

Obs. XXII. — H. HARTMANN.

L... Napoléon, entre le 20 avril 1906 pour des douleurs abdominales et parce qu'il rend des matières fécales par l'urètre. Depuis deux ans environ, se plaint du ventre, accuse des sensations de malaise, des difficultés pour aller à la selle et du ténesme rectal. Les douleurs abdominales siègent surtout au niveau de l'hypochondre gauche. En octobre, les symptômes sont plus prononcés. Un jour le malade constate que les urines sont teintées et qu'il rend des gaz par le canal urétral ; la défécation est toujours difficile et les selles sont toujours plus nombreuses (4 à 5). Les matières sont moulées mais un peu aplaties, la température s'élève jusqu'à 40°.

En *décembre* on constate une induration de tout le bas-fond vésical, on pense à une pelvi-péritonite tuberculeuse peut-être d'origine intestinale.

En *janvier* la fièvre persiste. Pendant quelques jours les urines sont claires, puis contiennent du pus en très grande quantité. On reconnaît la présence de matières fécales peu abondantes dans l'urine.

En *février*, le malade présente de la diarrhée, les selles contiennent des glaires et de temps en temps un peu de sang. Une seule fois le malade rend par l'urètre deux caillots rougeâtres d'une longueur de 4 à 5 centimètres.

Perte générale des forces.

En *mars*, toutes les matières fécales passent par l'urètre.

A l'*examen* on constate un météorisme abdominal. Le malade se plaint de douleurs assez vives dans toute la moitié gauche du ventre et de temps en temps la sensation d'un poids sur la vessie. Besoin très fréquent d'uriner. Quelquefois douleurs à la fin de la miction. Le malade n'a jamais remarqué la présence d'urine mélangée aux matières, au moment de la défécation. On peut constater nettement le passage au moment des mictions de gaz et de matières fécales.

Amaigrissement et pâleur des téguments. Les muqueuses et les conjonctives sont décolorées.

Inspection. — Léger météorisme.

Palpation. — Contracture de toute la moitié gauche de l'abdomen. On sent néanmoins une tumeur affectant une direction oblique et à gauche allant de la ligne médiane vers l'hypochondre gauche. Elle est difficile à délimiter, sa consistance est variable suivant les points, elle est bosselée par places.

Percussion. — On trouve de la sonorité dans tout l'abdomen ; elle est légèrement voilée au niveau de la tumeur.

Ces symptômes sont d'ailleurs variables d'un moment à l'autre.

Toucher rectal. — Toute la muqueuse de l'ampoule paraît saine. A 8 centimètres de l'anus on sent une masse dure, fixe, située en avant et à gauche. A l'extrême limite du doigt, en refoulant le périnée, on sent dans la lumière de l'intestin quelques indurations.

OPÉRATION, le 2 avril 1906 (H. Hartmann). — Anus iliaque à gauche. L'exploration permet de sentir une tumeur dans le petit bassin sur le côlon pelvien et une chaîne de ganglions dans le méso-côlon remontant jusque devant la colonne vertébrale.

Suites opératoires. — Evacuation normale des matières par l'anus artificiel ; les urines reprennent leur coloration normale.

Le malade revient quelque temps après à l'hôpital pour une évagination du bout afférent de son anus dont on pratique la réduction.

Obs. XXIII (H. HARTMANN). — *Cancer du côlon pelvien adhérent à la vessie. — Fistule colo-vésicale. — Anus iliaque.*

Auguste B..., 58 ans, entre le 20 avril 1903 dans le service de notre maître M. Hartmann parce qu'il rend par l'urètre des matières fécales et des gaz mêlés à l'urine.

Il y a deux mois que le malade a constaté ces symptômes. Il était alors soigné pour une affection urinaire : urines troubles, mictions fréquentes et douloureuses. Son médecin qui lui faisait des lavages de la vessie avait alors constaté l'odeur fécaloïde des urines. Le malade urinait toutes les 20 minutes environ et souffrait surtout à la fin de la miction. Cette cystite avait débuté au mois de novembre, sans cause apparente. A cette époque, l'attention du malade est attirée d'abord par les douleurs de la miction ; ce n'est que plus tard qu'il voit ses urines devenir troubles. On lui fait des lavages, puis des instillations. La sonde n° 7 passait facilement sans provoquer de douleurs.

Malgré le traitement, les douleurs allèrent en augmentant : elles s'accompagnèrent bientôt d'élancements dans la région périnéale avec sensation de pesanteur dans la station debout.

Le caractère de violence de ces douleurs devint tel que la marche est impossible.

Les selles provoquent parfois des élancements douloureux à l'anus. A la fin de novembre, le malade dit avoir remarqué du pus dans ses selles pendant trois semaines environ. Cette évacuation semble l'avoir soulagé, mais dans la suite les douleurs reparurent, surtout pendant la miction et quelquefois aussi elles étaient spontanées même lorsqu'il était assis. Elles allèrent en augmentant jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Depuis que la présence des matières a été constatée dans les urines, il se produit des alternatives dans l'abondance de leur émission. Pendant un jour ou deux elles passent à peine, puis le malade rend par l'urètre des

matières solides, qui déterminent de temps à autre un arrêt brusque de la miction. A ce moment le passage de la sonde est difficile, et le malade urine par le rectum.

Le malade dit avoir maigri énormément depuis un an environ. Depuis le mois d'octobre dernier, il a présenté des épreintes rectales très pénibles ; ses selles contenaient des matières glaireuses.

On ne trouve rien dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Etat actuel. — On ne sent rien au toucher rectal, même combiné au palper. Le malade se plaint d'envies d'uriner fréquentes, et surtout de difficultés de la miction, des matières fécales bouchant le canal.

On fait le diagnostic de : cancer sigmoïdien ouvert dans la vessie.

OPÉRATION, le 11 mai 1903 (M. Hartmann). — Incision iliaque gauche. Dissociation en étoile de la paroi abdominale. Nous attirons le côlon iliaque. Puis suivant avec le doigt l'anse efférente nous arrivons sur le côlon pelvien à une tumeur fusionnée avec la face postérieure de la vessie. Nous plaçons une mèche sous le côlon iliaque. Quatre catguts assurent la fixation du méso et de l'intestin au bord de l'incision abdominale.

Suites opératoires. — Immédiatement après l'opération, les phénomènes de cystite diminuent.

19 juin. — Les urines sortent par le bout inférieur de son anus artificiel.

26. — Il se fait une hématurie.

Le malade déjà très amélioré le 20 juillet, a engraisé notablement si bien qu'il réclame lui-même la cure de son anus et l'ablation de sa tumeur.

DEUXIÈME OPÉRATION, le 22 juillet 1903 (H. Hartmann). — Coeliotomie exploratrice, dans le but d'exclure la portion d'intestin fistuleuse. Mais la masse néoplasique adhère à toute la paroi de l'excavation, et on ne peut atteindre l'intestin au-dessous. Il y a de plus de nombreux ganglions dans la mésentère. Nous refermons.

16 août. — Exeat ; Le malade est en bon état.

Suites éloignées. — Mort un an après, le 27 mai 1904.

3° Tumeurs opérables.

Mais la tumeur est opérable : il s'agit d'en pratiquer l'exérèse dans les conditions qui constituent pour le malade un risque moindre, et pour l'opérateur, la garantie la plus sûre du succès.

Tout doit dépendre des symptômes, et de l'état de l'intestin sur lequel doit porter l'exérèse.

Or, il s'agit dans la grande majorité des cas de constipés chroniques, de malades en état d'inanition aiguë ou chronique, par conséquent en état de toxémie stercorale plus ou moins prononcée. Ce sont donc des malades à ménager : ils

supportent mal une intervention abdominale, surtout prolongée : ils ne se relèvent pas, la température reste basse, mais le pouls s'accélère, ils achèvent plus ou moins lentement de mourir. L'état d'inanition persiste malgré l'alimentation parce que l'absorption se fait mal. L'intoxication bulbaire se manifeste par le cœur qui faiblit : nous notons dans ces cas de l'arythmie du pouls, de l'oligurie. C'est un état de collapsus lent souvent noté dans les observations à la suite d'interventions trop longues ou trop tardives, même en dehors de l'occlusion.

Et tous ces symptômes évoluent, avec un état abdominal aussi bon que possible : il n'y a pas eu de réaction péritonéale, les sutures sont demeurées suffisantes, mais le malade n'a pas fait les frais de l'effort qu'on lui demandait : il n'a pas trouvé en son organisme fatigué, épuisé, les ressources suffisantes pour bénéficier de l'acte chirurgical.

Dans d'autres cas, non moins fréquents, nous assistons à l'évolution rapide et meurtrière d'accidents abdominaux. Le malade meurt en quelques jours et l'autopsie révèle la péritonite. Pourquoi ces insuccès inattendus, malgré toutes les précautions prises, malgré tous les soins apportés à la suture intestinale ? Le danger des résections sur le gros intestin dépend essentiellement des conditions pathologiques spéciales où se trouve depuis longtemps le gros intestin.

Certes nous pouvons incriminer souvent la difficulté d'une suture sur le côlon, quand la graisse mésentérique ou épiploïque, les franges adipeuses ou l'absence d'un revêtement péritonéal sont venus compromettre la parfaite adhésion des points et leur solidité. Mais que de fois, une suture même satisfaisante vient à manquer son but, que de fois cède-t-elle sans raison apparente, ouvrant la voie à l'infection particulièrement rapide dans ces cas.

C'est qu'ici les conditions sont autres. La dilatation et l'hypertrophie de l'intestin en amont, la réduction et l'atrophie de l'intestin en aval de la tumeur extirpée, constituent la première difficulté, par l'« incongruence » des deux bouts. — On

peut évidemment remédier à cette incongruence par les divers et multiples procédés qui ont été proposés dans ce but. Mais c'est alors et dans tous les cas une complication et une prolongation de l'acte chirurgical ; c'est souvent une suture de plus et par le fait même une augmentation des risques. — S'il s'agit d'une section oblique, c'est une coudure que l'ont établit, avec les dangers à ce niveau de la circulation de matières solides ; c'est encore la nutrition vasculaire compromise au niveau du bout incisé par la section des arcs artériels des vaisseaux de l'intestin.

L'incongruence même n'est pas seulement le fait d'une hypertrophie musculaire, qui d'ailleurs n'est pas constante ; il faut tenir compte d'un élément plus fréquent, l'inflammation qui détermine un œdème parfois très prononcé du segment intestinal sus-jacent au rétrécissement. Quoi qu'il en soit, hypertrophie et œdème augmentent l'épaisseur de la paroi intestinale, et la disproportion devient évidente avec la paroi du bout inférieur, quand on les rapproche pour la suture. Il y a là encore un facteur défavorable à la bonne qualité de la suture ; d'autant que l'œdème du bout supérieur disparaissant après la suppression du foyer qui entretient l'inflammation, les points, même serrés, ne le sont plus suffisamment et l'étanchéité de la suture n'est plus assurée.

Enfin l'infiltration œdémateuse solidarise en quelque sorte les diverses tuniques de l'intestin qui ne glissent plus facilement les unes sur les autres. La paroi perd sa souplesse et se prête mal à la pince et à l'aiguille, comme à la contiguïté parfaite qu'on cherche à obtenir par le surjet à la soie. Le point séro-séreux risque fort (et il l'est souvent) d'être perforant sur le bout supérieur par cette perte de l'indépendance des tuniques les unes par rapport aux autres, et sur le bout inférieur à cause de la plus grande minceur de la paroi. Or le contenu intestinal particulièrement virulent a tôt fait d'infecter ces points perforants ; c'est la fissure septique, qui compromet l'adhésion de la séreuse, et ouvre la voie à l'infection périto-

néale. Buchbinder (1) a montré qu'il suffit d'un orifice imperceptible pour laisser ces microbes très virulents s'échapper avec rapidité et infecter au loin la séreuse péritonéale. Quénu (2) nous rapporte que le contenu du segment sus-jacent à une sténose est si septique « que le beau-frère de M. Metchnikoff, qui sur sa demande en avait entrepris l'étude, fut obligé d'y renoncer tant la faune en était innombrable »,

Une telle solution de continuité dans d'autres conditions, n'aurait peut-être pas d'autre effet que de déterminer une réaction locale du péritoine qui circonscrirait l'infection ; et le malade en serait quitte, tout au plus avec une fistule pyo-stercorale rapidement tarie.

Mais sur le gros intestin, la péritonite généralisée est la règle ; la fistule, l'exception. On peut se demander pourquoi le péritoine se défend ici si mal ; pourquoi il ne remplit pas son rôle de protection ; pourquoi l'infection est plutôt généralisée que locale.

Or nous l'avons pu constater par les autopsies, la péritonite est diffuse, la tendance aux adhérences peu marquée, et le pus est peu abondant. Sans doute la septicémie a emporté le malade avant que le péritoine ait eu le temps de réagir. Mais l'infection a beau jeu en ces circonstances : d'une part, le contenu intestinal dont la virulence est exaltée par la stagnation et la putréfaction ; d'autre part, l'auto-intoxication de l'organisme qui diminue la résistance des tissus et paralyse les moyens de défense. C'est un cercle vicieux qui fait le péritoine plus vulnérable et moins résistant.

De toutes ces considérations, nous devons tirer l'indication opératoire. Et il nous semble qu'il soit possible de tout concilier. Nous nous trouvons en effet en présence de trois difficultés : un malade peu résistant, un intestin altéré, un péritoine qui se défend mal.

Nous ménagerons le malade en ne lui imposant qu'une in-

(1) BUCHBINDER, *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, Bd. 55, p. 458.

(2) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 8 novembre 1905.

intervention courte, et réduite au strict minimum pour lui permettre ultérieurement d'augmenter sa résistance : nous ne ferons donc qu'une opération d'attente pour intervenir secondairement et dans de meilleures conditions par une opération définitive.

Nous assurerons la bonne qualité de nos sutures en n'intervenant que sur un intestin aussi sain que possible. Il convient donc de replacer l'intestin pendant quelque temps dans des conditions de fonctionnement tel, qu'il revienne physiologiquement sur lui-même ; l'œdème disparaîtra, l'hypertrophie du muscle entérique se réduira. En un mot, il faut laisser l'intestin accomplir son « *Involution* ».

Enfin nous épargnerons le péritoine et nous ménagerons sa vulnérabilité en réduisant les manœuvres intra-abdominales, en nous tenant le plus possible hors du ventre.

Ces considérations sont réalisées par l'opération en deux ou trois temps.

L'opération en deux temps comprend :

1^{er} temps : l'anus artificiel ; 2^e temps : le rétablissement de la continuité de l'intestin et la cure de l'anus contre nature.

L'opération en trois temps (Cavaillon) (1) consiste à faire de la cure de l'anus artificiel un temps ultérieur et distinct.

S'il s'agissait de deux cures conguës dans les mêmes termes, il y aurait intérêt à réunir les deux derniers temps en un seul : en effet, le malade à ce moment plus résistant, est capable de supporter une intervention plus longue qui lui épargne d'ailleurs un troisième temps opératoire.

Tout dépend encore des conditions générales dans lesquelles nous trouverons le malade.

Mais l'opération en deux temps peut encore être comprise de plusieurs façons.

On peut dans un premier temps pratiquer l'anus artificiel simple soit au-dessus de la tumeur (Mikulicz, 1^{re} manière), soit

(1) CAVAILLON (Jaboulay). *Loc. cit.*

au niveau du cæcum, le plus loin possible de la tumeur. Le second temps comprendra la libération de la tumeur, la résection de l'intestin et sa suture, et la cure de l'anus contre nature.

Ou bien le premier temps consistera dans la libération et l'extériorisation de la tumeur, puis sa résection après fermeture de l'abdomen ; on réalise ainsi l'anus contre nature en canon de fusil à deux orifices, ou à un orifice si l'on ferme le bout efférent.

Le second temps comprend alors le rétablissement de la continuité intestinale et par le fait même la cure de l'anus artificiel.

Il est évident que le choix entre ces deux méthodes doit dépendre encore de l'état de résistance du malade. L'extériorisation de la tumeur prolonge un peu le premier temps et sera donc réservée aux malades dont l'état général est assez bon. L'anus artificiel simple sera réservé aux malades âgés ou en état d'inanition marquée ou de toxémie chronique.

Nous pourrions encore tirer une indication opératoire spéciale du siège de la tumeur.

D'une façon générale les portions mobiles du côlon se prêteront plus facilement à une extériorisation rapide de la tumeur : ce seront le plus souvent les tumeurs du côlon transverse et celles du côlon pelvien. Ces tumeurs seront justiciables de ces interventions en deux temps, où l'extériorisation et la résection extra-abdominale du néoplasme constituent le premier temps.

Mais la mobilisation des angles par section des ligaments et des replis péritonéaux, celle des côlons ascendant et descendant par décollement pariétal (P. Duval) (1) en utilisant le plan de clivage du fascia rétro-colique, peut être obtenu assez rapidement pour que cette localisation ne soit pas une contre-indication au choix de cette méthode.

(1) P. DUVAL, *Traitément chirurgical du cancer du côlon pelvien*. Th. Paris, G. Steinheil, 1902.

Enfin la bénignité relative des résections cæcales, terminées par anastomose iléo-colique ont conduit les auteurs [(Friedrich (1), Morton (2) (obs. V), Frederick O. Bird (3)], à se placer autant qu'il était possible dans les conditions d'une résection cæcale pour les tumeurs du côlon ascendant et celles de l'angle hépatique du côlon. — Nous redirons ici ce que nous avons déjà exprimé au cours de cette étude : il semble que l'utilisation de l'intestin grêle pour le rétablissement de la continuité intestinale diminue de moitié les risques que fait encore courir une anastomose colo-colique. — Et nous arrivons à cette conclusion paradoxale, mais que les résultats viennent justifier : qu'il est moins grave pour une tumeur du côlon ascendant ou de l'angle hépatique de réséquer tout le segment ascendant du côlon avec le cæcum, pour faire une iléo-colostomie au niveau du transverse, que de tenter une résection économique en pratiquant une anastomose colo-colique sus-cæcale.

Aussi bien, on ne regrette jamais d'être large, en matière de cancer.

On arrive ainsi, quant au traitement, à une division pratique des tumeurs du côlon en tumeurs droites et en tumeurs gauches (Cavaillon) (4), comme nous avons déjà nous-même au point de vue anatomo-pathologique fait la même distinction.

Les tumeurs droites caractérisées par ce fait qu'on peut terminer en anastomosant du grêle au gros intestin, anastomose bénigne. Les tumeurs gauches, dans lesquelles on doit faire une anastomose colo-colique après résection, anastomose grave (Cavaillon).

(1) FRIEDRICH, Résection iléo-colique dans les tumeurs du cæcum. *Arch. internat. de chir.*, 1905, t. II, fasc. 3, p. 231.

(2) MORTON, A series of cases of resection of malignant growths of the colon. *Brit. med. Journ.*, 29 octobre 1904, p. 1149.

(3) FREDERICK O. BIRD, A method of removing carcinoma of the ascending colon. *Lancet*, 17 février 1906, p. 440.

(4) CAVAILLON, *Thérapeutique chirurgicale du cancer du gros intestin*. Thèse Lyon, 1905.

§ 3. — Technique opératoire.

Ces indications posées nous ne nous attarderons pas à décrire les multiples procédés d'exclusion ou d'anastomoses qui constituent la plupart des opérations palliatives au cours du cancer du côlon. Ces sujets ont été traités à leur place par les auteurs qui se sont particulièrement occupés de la question. Aussi bien n'y a-t-il rien là d'absolument particulier au côlon. Nous exposerons seulement la technique de l'opération en deux temps, telle qu'elle a été indiquée par notre maître Hartmann (1), considérant qu'elle peut être prise comme type dans les différents modes d'opérations en deux temps dans le cancer des côlons.

Il n'est pas de manœuvre trop minutieuse, de précaution vraiment inutile, dès l'instant qu'elles tendent à protéger le champ opératoire contre la septicité du contenu intestinal. Par conséquent, toute résection du gros intestin devra plus que toute autre devenir, dans toute la mesure du possible, une *résection extra-abdominale*.

Théoriquement, pour réaliser ces conditions il faut : 1° avoir beaucoup de jour ; 2° agir sur un intestin mobile.

Pratiquement, il est toujours facile de se donner du jour ; il est moins aisé d'agir sur une anse mobile : en effet, le gros intestin est fixé anatomiquement dans ses portions ascendante et descendante ; et s'il est mobile dans son segment transverse ou son segment sigmoïdien le plus souvent, il n'est pas rare d'avoir à compter avec des adhérences pathologiques qu'il faut d'abord libérer. Et Wölfler a pu dire que la gravité d'une résection était en raison inverse de la longueur du méso. En fait, au début de l'évolution du cancer colique on peut espérer un certain degré d'élongation des mésos. Cette opinion d'Obraztsov, un peu trop théorique à notre avis, appelle quelques réserves. Sans doute le poids de la tumeur peut détermi-

(1) H. HARTMANN, *Loc. cit.*
Okinczyc

ner un allongement du méso, et partant une mobilité acquise de l'anse envahie par le néoplasme. Mais nous pensons que cette évolution dépend plus de la nature particulière de la tumeur que de l'âge du néoplasme : un adéno-carcinome reste plus longtemps local et mobile ; un carcinome alvéolaire et diffus infiltre sous forme de véritables coulées cancéreuses les feuillets du méso, et sa rétraction est alors beaucoup plus fréquente.

I. — Quoi qu'il en soit, l'exploration de l'abdomen, autant que la mobilisation de l'anse malade demande qu'on y voie clair.

Tout récemment encore Bakès (1) insiste sur la fréquence relative des tumeurs doubles au cours du cancer du gros intestin. Une exploration systématique permet d'éviter une opération incomplète. Mais, de plus, il importe que cette exploration nécessaire et rapidement conduite précède l'exérèse ; car dans la plupart des cas l'ablation en un bloc des deux tumeurs et de l'anse intermédiaire, assure une intervention plus rapide, avec des chances moindres d'infection, qu'une double résection au cours de la même séance opératoire.

Une *large incision* et une *position convenable* du malade, telles sont les conditions pratiques pour obtenir le jour nécessaire. Le chirurgien pourra voir beaucoup en touchant peu ; c'est un réel avantage dans une opération où tout doit tendre à restreindre les manœuvres intra-abdominales.

L'incision sur la tumeur, comme le conseillait Péan, sera presque toujours la meilleure. Cette indication se trouvera dans la majorité des cas, d'accord avec la règle posée par Kocher, qu'il vaut mieux couper un muscle, une veine, une artère que de sectionner un nerf. Une incision même transversale de la paroi abdominale expose moins à l'éventration que

(1) BAKÈS, Erfahrungen über einzeitige Resection von cœcal u. colontumoren. *Archiv f. klin. Chir.*, Bd. 80, H. 4, S. 998.

les atrophies secondaires de muscles éternés et devenus des organes fibreux, graisseux, sans résistance.

On devra donc préférer l'incision médiane sus ou sous-ombilicale, à l'incision sur le bord externe du grand droit ; si on le juge nécessaire une incision transversale branchée sur la première donnera du jour sans intéresser les nerfs.

Aux quatre angles de la paroi abdominale, nous ferons l'incision oblique ; dans les fosses iliaques, pour le cæcum et le côlon pelvien ; et parallèle au rebord des fausses côtes pour les angles hépatique et surtout splénique.

La position à donner au malade est non moins importante : la position inclinée de Trendelenburg pour toute opération sur l'hypogastre, vide le pelvis de la masse intestinale grêle et facilite singulièrement l'exploration à l'œil aidé ou non de la main.

Les interventions sur les angles hépatique et surtout splénique se trouveront fort bien de l'utilisation de l'angle d'inclinaison tel qu'on peut l'obtenir dans l'hyperextension du tronc avec la table de Cunéo. Dans cette attitude de lordose exagérée, les organes sous-diaphragmatiques émergent en quelque sorte de la profondeur. « Cette position détermine de plus la chute du paquet intestinal vers les parties basses de l'abdomen et dégage ainsi la région sous-hépatique... Elle est d'ailleurs la position de choix pour toutes les opérations exécutées sur les organes cachés sous la coupole diaphragmatique. Comme l'a remarqué M. Hartmann, cette attitude permet souvent d'éviter la résection du rebord costal » (1).

II. — Agir sur une anse mobile, telle est la seconde condition que nous devons réaliser.

Des adhérences pathologiques étendues à l'intestin grêle, à l'estomac, à la vésicule biliaire, ne constituent pas toujours une contr'indication absolue. Mais il vaut mieux dans ces

(1) CUNÉO et P. GUILLAUME LOUIS, Les différentes positions opératoires et sur un moyen pratique de les obtenir. *Tribune médicale*, 1905.

cas qui commandent des résections compliquées recourir à la méthode de Mikulicz (1^{re} manière), avec simple anus préalable.

La mobilisation anatomique préconisée par P. Duval (1), pour les néoplasmes du côlon pelvien, sur le côlon ilio-descendant est parfaitement applicable d'après nos recherches personnelles au côlon ascendant.

« Cette mobilisation nécessite un décollement du côlon normalement adhérent à la paroi abdominale postérieure... Entre le fascia recto-colique et le péritoine définitif sont placés les vaisseaux coliques. Or il est toujours facile chez l'adulte de décoller avec ses vaisseaux le côlon de la paroi abdominale postérieure en passant dans l'épaisseur même du fascia d'accolement : c'est un vrai plan de clivage... Ce décollement n'entraîne aucune rupture vasculaire » (P. Duval).

Cette méthode employée par P. Duval pour obtenir le glissement et le rapprochement des bouts à suturer reste donc parfaitement applicable à l'extériorisation. C'est d'ailleurs l'opinion exprimée par Pantaloni (2).

Nous avons, assistant notre maître Cunéo, pratiqué dans un cas, ce décollement du côlon ascendant. Un drainage de l'espace sous-péritonéal fut assuré par un drain perforant la paroi de l'espace costo-iliaque. Il ne donna issue à aucun liquide et put être enlevé quelques jours après sans inconvénient. Nous avons publié l'observation antérieurement (3).

Les angles du côlon et surtout l'angle splénique sont parfois difficilement accessibles et peu mobiles. Il convient alors de faire la section des ligaments suspenseurs de ces angles. « La section et la ligature du repli pleuro-colique, dit Bilton Pollard (4), peut être rendue nécessaire pour mobiliser l'angle splénique. »

(1) P. DUVAL, *Traitement chirurgical du cancer du côlon pelvien*, Thèse Paris, G. Steinheil, 1902.

(2) PANTALONI, *Arch. prov. de chirurgie*, 1905, p. 189.

(3) J. OKINCZYK, in H. HARTMANN, *Trav. de chir. anatomo-clinique* ; 3^e série : Chir. de l'intestin, 1907, p. 210.

(4) B. POLLARD, *Loc. cit.*

Nous pourrions ajouter, d'après nos recherches personnelles, qu'il est encore possible d'ouvrir ces angles par la section même sans ligature de la « *lame fixatrice des coudes* » de Buy.

La résection préalable du méso de l'anse à mobiliser permet dans certains cas une manœuvre de péritonisation. La libération de la tumeur, comme le décollement du fascia rétro-colique a déterminé la formation d'une surface qu'il y a intérêt à péritoniser. Il sera donc facile, comme le fit dans un cas notre maître Hartmann, d'utiliser le moignon du méso-côlon pour faire cette péritonisation en l'appliquant et en le fixant à nouveau, mais après glissement, à la paroi postérieure de l'abdomen (V. *infra*, obs. XXIV). Pauchet également insiste tout particulièrement sur ce détail de technique.

1° Traitement de l'anse extériorisée.

PROCÉDÉ DE H. HARTMANN.

Section du méso. — « Le méso est sectionné en coin, de manière à enlever les ganglions au contact de l'intestin, tout en assurant la vascularisation des deux bouts... En un mot, *avant que la cavité intestinale soit ouverte*, on a déjà exécuté la plus grande partie de l'opération. »

1^{er} TEMPS. — *Ablation de la tumeur* et fixation des deux bouts dans la plaie. — L'anse portant la tumeur est extériorisée. En se tenant aussi loin que possible de la tumeur, on réunit par un surjet non perforant à la soie les surfaces séreuses au contact de l'anse afférente plus longue et de l'anse efférente plus courte. « Ce surjet doit être assez long pour que l'anse une fois fixée hors du ventre, la moitié du surjet demeure intra-abdominale et l'autre moitié extra-abdominale... L'anse ainsi disposée en canon de fusil est alors fixée à la plaie abdominale par un surjet séro-séreux circulaire... (V. fig. 17 et 18). Puis *l'intestin n'ayant pas encore été ouvert*, le ventre est fermé au-dessus et au-dessous de l'anse extériorisée par un sujet ou par des points séparés comprenant le péritoine et les plans musculo-aponévrotiques. »

Le bout efférent est alors écrasé, lié et sectionné, aussi loin que possible de la tumeur et assez près de la paroi abdominale (V. fig. 19).

Le bout afférent est traité à son tour : entre deux pinces,

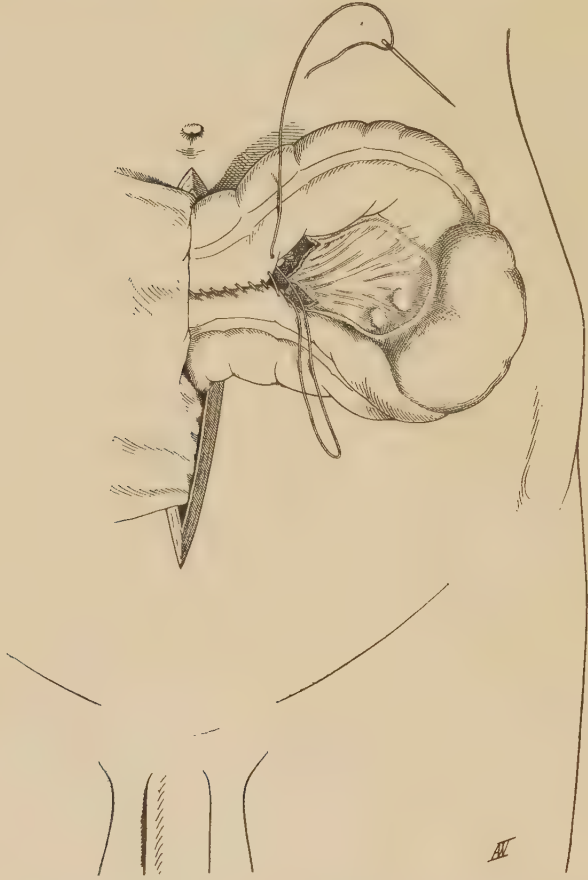


Fig. 17. — L'anse malade est attirée au dehors, son méso est sectionné au-dessous des ganglions, une suture en surjets rapproche ses deux bouts en canon de fusil (HARTMANN).

on le sectionne assez loin de la plaie pariétale. Il est lié sur un tube de Paul muni d'un long tube de caoutchouc qui assure l'écoulement des matières dans un vase, sans contamination possible de la plaie, ni même du pansement (V. fig. 20).

« D'une manière générale ce tube tombe au bout de 5 à 6 jours. »

2^e TEMPS. — *Cure de l'anus artificiel*. — Trois semaines suffisent ordinairement pour permettre au malade de reprendre ses forces, et à l'intestin de revenir sur lui-même après sa

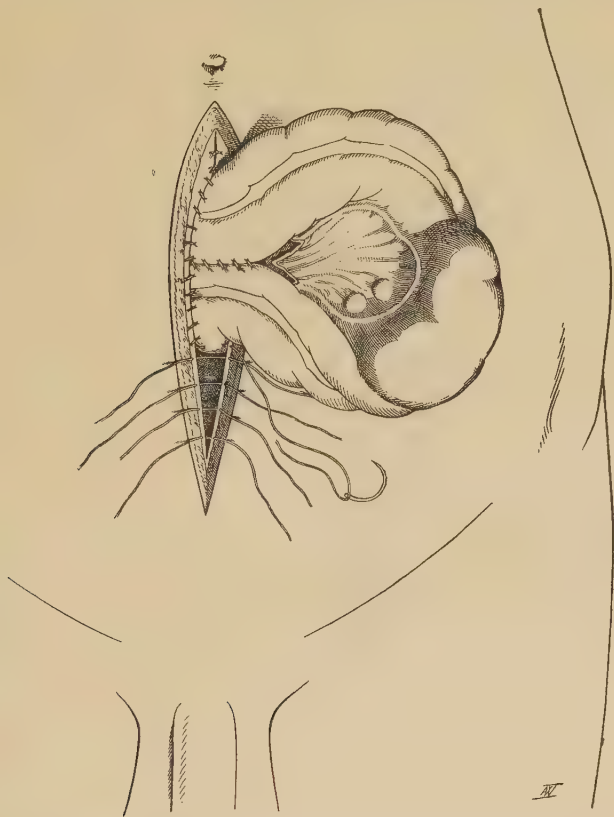


Fig. 18. — On referme le ventre avant que l'intestin ait été ouvert (HARTMANN).

désinfection complète et la désintoxication de l'organisme.

« Si nous donnons d'une manière générale le terme de trois semaines, écrit Hartmann, c'est qu'il nous semble que reculer indéfiniment l'entérorraphie ne soit pas toujours favorable au malade. »

Nous ajouterions volontiers que ce recul exagéré de l'inter-

vention qui n'est souvent dû qu'au malade seul, peut amener une rétraction et une atrophie du bout efférent, extrêmement préjudiciable à la bonne conduite de l'entérorraphie secondaire.

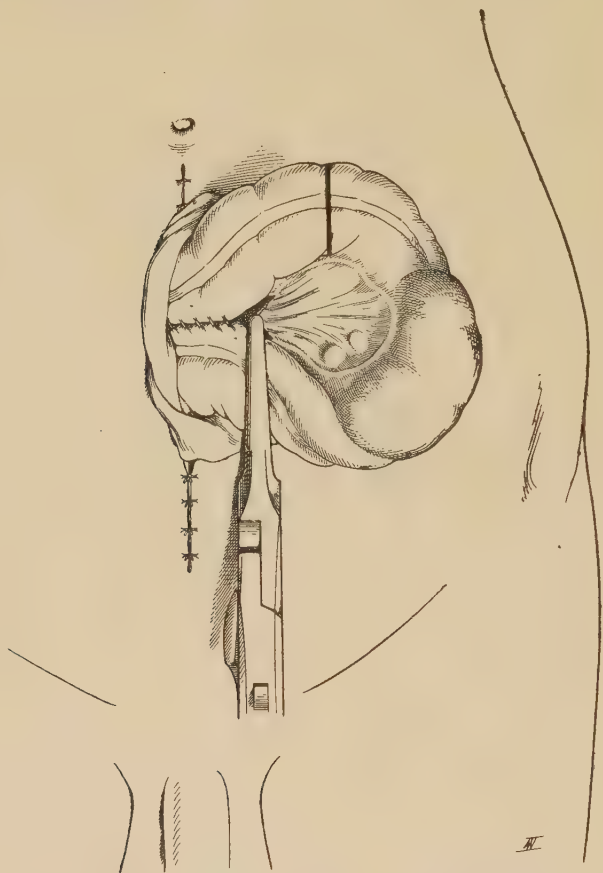


Fig. 19. — Le ventre refermé, on écrase et on lie successivement les deux bouts de l'intestin, conservant sur le bout afférent un segment assez long, voir le trait noir (HARTMANN).

L'observation suivante dont la première partie fut déjà publiée par notre maître, en est une preuve évidente. Nous en donnons ici la suite qui comprend précisément le second temps de l'intervention, c'est-à-dire la cure de l'anus et l'entérorraphie.

Obs. XXIV. — *Carcinome du côlon pelvien. — Colectomie.
Anus contre nature. — Guérison.*

M. M..., 61 ans, entre, le 4 septembre 1905, à la maison de santé pour y subir l'opération projetée. Le malade raconte que toute sa vie il a présenté des garde-robes fréquentes, un peu molles, au nombre de 2 ou 3 par jour, surtout depuis 10 à 15 ans. Dans les années qui précédèrent les 18

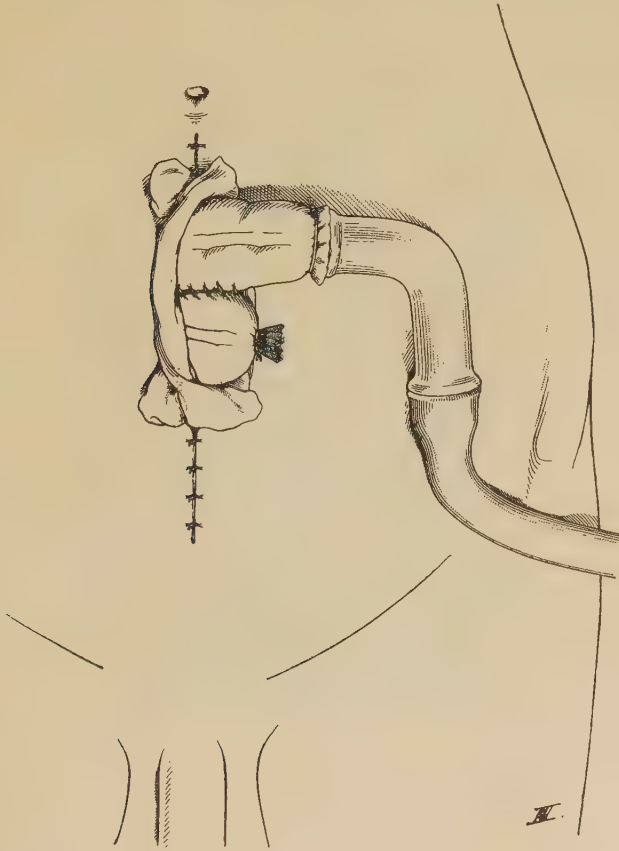


Fig. 20 — Un tube de Paul est placé dans le bout supérieur, comme sur la figure, ou dans une boutonnière faite à ce bout écrasé et lié à son extrémité. Le bout inférieur écrasé et lié, presque à ras de la plaie, est abandonné à lui-même (HARTMANN).

derniers mois, les selles, au nombre de 5 à 6 par jour, étaient rendues moulées et sans coliques.

Il y a 18 mois apparaissent des coliques peu douloureuses qui sont traitées par des lavements de chlorate de soude. Ces coliques se présentaient

jour et nuit, souvent sans effet, souvent aussi provoquant des envies de garde-robe. Les matières étaient alors le plus souvent moulées, mais plus petites que la normale, du volume du petit doigt, et fragmentées ; elles étaient quelquefois un peu sanguinolentes.

Il y a 5 ou 6 mois le malade éprouve une envie d'uriner ; l'effort qu'il fait est suivi de l'expulsion par l'anus d'une matière gélatineuse et sanguinolente. Pendant toute la journée qui suit, le malade salit son linge. Depuis 2 à 3 mois cet écoulement a cessé.

Il arrive quelquefois au malade d'expulser des gaz avec un peu de matières et de sang ; une heure ou deux heures après, survient la selle qui ne présente rien de particulier. On conseille, à ce moment, au malade une cure à Plombières.

Examen, le 22 juillet 1905. — Le doigt pénètre dans une ampoule rectale libre, où se trouvent quelques matières demi-solides. A la partie supérieure, on sent, à travers la paroi rectale, sur une portion plus haute que l'ampoule par conséquent, une tumeur dure, bosselée, peu mobile, sans connexion avec la prostate ni avec la vessie.

On sent très bien la prostate un peu augmentée de volume.

Proctoscopie. — Le proctoscope pénètre à 30 centimètres environ, sans qu'on puisse rien voir d'anormal. Mais à ce moment l'exploration réveille un peu de sensibilité ; l'intestin se redresse mal. Nous nous arrêtons.

Opération, le 5 septembre 1905 (M. Hartmann ; aide : M. Cunéo). — Position élevée du bassin. Incision médiane sous-ombilicale.

Immédiatement au-dessous du détroit supérieur collée contre la paroi latérale gauche de l'excavation, et y adhérent, nous trouvons une tumeur du colon. Comme il nous semble que le rectum au-dessous a une longueur suffisante pour être amené à la paroi abdominale antérieure, nous nous décidons à pratiquer l'extirpation. Incision du péritoine le long et au-dessous du détroit supérieur à gauche ; décollement de la tumeur que nous séparons de l'uretère gauche. Nous arrivons ainsi au-dessous d'elle, et nous pouvons alors l'amener au dehors de la plaie abdominalé.

Comme il existe une vaste surface cruentée, le long de la paroi latérale gauche de l'excavation, nous la recouvrons en rapprochant d'abord en avant les lèvres de la boutonnière péritonéale, par un surjet au catgut n° 0 ; puis en comblant la brèche plus en arrière, par la suture du bord gauche du méso-côlon avec les vaisseaux à la lèvre supérieure de l'incision péritonéale.

Il reste alors, allant à la plaie abdominale, une anse intestinale comprenant le côlon pelvien et portant la tumeur. Une couronne de sutures fixe les deux bouts de l'intestin et le méso aux lèvres musculo-séreuses de l'incision pariétale. Les deux extrémités de cette incision sont réunies avec des catguts plus forts n° 1.

Le bout inférieur de l'intestin est écrasé avec la pince Colin, lié et fixé à la peau.

Dans le bout supérieur, conservé long à dessein, nous insinuons une

sonde rouge forte et nous lions sur elle l'intestin. Pansement à travers lequel passe la sonde.

Suites opératoires. — Simples et normales. Guérison.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Le segment de l'anse extirpée présente une longueur de 10 à 12 centimètres environ (V. fig. 21).

Macroscopiquement, il existe une lipomatose assez marquée surtout au niveau de la tumeur elle-même, avec infiltration de ces mêmes masses lipomateuses.



Fig. 21. — Squirrhe du côlon pelvien. Pièce opératoire (HARTMANN).

La tumeur occupe, sur l'intestin, 3 à 4 centimètres de longueur : elle y détermine une sténose en sablier, qui rappelle ce que l'on décrivait autrefois sous le nom de squirrhe annulaire de l'intestin. Une section longitudinale de sa lumière permet de voir directement le rétrécissement. La tumeur fait saillie dans la lumière et à la coupe la consistance en est dure et cartonnée.

En amont, le segment extirpé mesure 4 centimètres de longueur, la muqueuse paraît saine : ses plis transversaux sont seulement affaissés, infiltrés, congestionnés au-dessus de la tumeur, et graduellement, à mesure qu'ils s'en éloignent, ils deviennent plus petits et d'apparence normale.

En aval de la sténose, le segment présente environ 2 centimètres de longueur ; la section est plus nette, on trouve le même aspect de la muqueuse et des plis qu'elle présente.

Au niveau même de la tumeur, les parois intestinales, modifiées, semblent attirées vers le centre par la tumeur elle-même, qui présente une disposition rappelant celle d'un sablier ; au maximum de la sténose, l'épaisseur de la paroi envahie par le néoplasme est d'un bon centimètre ; la surface de la tumeur vers la lumière de l'intestin, au point le plus rétréci, est occupée par une ulcération qui forme une petite cavité centrale. Cette ulcération, vue de face sur la coupe de l'intestin ouvert et étalé, rappelle la figure d'un trigone à base supérieure, à sommet se prolongeant vers le bout rectal du segment sectionné.

On constate encore, sur la coupe de la paroi, un épaissement de la sous-muqueuse infiltrée, qui est dure, blanchâtre et cartonnée.

Cet épaissement se fait progressivement, des parties saines vers la tumeur, et présente son maximum au niveau du point le plus rétréci.

Octobre 1906. — Depuis son opération l'anus fonctionne bien ; continent après lavage du matin. On ne peut voir l'orifice du bout inférieur qui s'est refermé.

Proctoscopie — Le rectum est sain sur une longueur de 14 centimètres. On est un peu gêné pour aller plus loin et on ne peut arriver à voir le cul-de-sac terminal du bout inférieur.

2^e OPÉRATION, le 29 octobre 1906 (M. Hartmann). — Résection de l'anus artificiel : fermeture des deux bouts. Entéro-anastomose.

Fermeture cutanée de l'anus. Toilette. Incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane, se dédoublant au niveau de l'anus artificiel. Ouverture du ventre. Nous constatons que le bout inférieur arrive à la paroi accolé au supérieur, *mais plus petit que lui, allant en diminuant et oblitéré dans l'épaisseur de la paroi abdominale.* Un surjet à la soie réunit les deux bouts sur leur paroi latérale gauche, un peu difficile parce que *les bouts sont fixes et ne se laissent pas attirer.* Incision, surjet total. Comme il ne reste pas un bout d'intestin pourvu de péritoine assez grand au delà de l'anastomose, nous pratiquons la fermeture des deux bouts. L'enfouissement ne peut se faire avec des surfaces bien recouvertes de péritoine, nous sommes obligé de retourner et d'invaginer les parties incluses dans la paroi. Nous fixons les moignons à la partie profonde de la plaie abdominale avec une petite mèche de gaz.

La bouche anastomotique est du volume du pouce, un peu petite par conséquent.

Suites opératoires immédiates : 31 octobre. — Le malade rend des gaz par l'anus.

2 novembre. — Garde-robes liquides, puis moulées.

4. — Débâcle gazeuse, puis selles liquides, puis moulées.

5. — Ablation de la mèche.

12. — Ablation des fils.

22. — Sort guéri.

Suites éloignées. — En janvier 1907, le malade écrit qu'il ne s'est jamais aussi bien porté. Les garde-robes sont régulières, l'état local et général excellent.

Contrairement à la technique des chirurgiens allemands et anglais, Hartmann préfère « la résection en masse des parties constituant de l'anūs artificiel, la fermeture des deux bouts et leur anastomose ».

Un surjet cutané à la soie enfouit l'anūs artificiel et permet la désinfection franche de la paroi abdominale.

L'anūs, circonscrit dans une incision ovulaire est alors traité comme une hernie ombilicale étranglée, à la Condamin, dans le procédé d'omphalectomie totale.

Le champ opératoire est limité étroitement et l'intestin est sectionné entre des clamps.

On termine par la combinaison d'une fermeture des deux bouts et l'établissement d'une anastomose latérale suivant les procédés habituels.

2° Rétablissement de la continuité de l'intestin.

Il en est de la suture intestinale à ce moment, comme de toute suture portant sur l'intestin ; chaque auteur y apporte ses préférences : bouton ou sutures, mode termino-terminal ou latéro-latéral ou par implantation.

Il semble pourtant que, d'une façon générale sur le gros intestin, le bouton doive être rejeté. Les inconvénients apparaissent encore mieux quand il s'agit de la seconde moitié du gros intestin, où les matières solides trouveraient difficilement accès dans le calibre nécessairement réduit du bouton. Nous devons cependant reconnaître que ce procédé a donné d'excellents résultats entre les mains de Morton (1), de Wollcombe (2) qui se servent couramment de la bobine en os décalcifié de Mayo-Robson.

(1) MORTON, *loc. cit.*

(2) WOLLCOMBE, Entérectomie pour tumeur maligne. *Brit. med. Journ.*, 1903, 10 janvier, p. 71.

Néanmoins, avec l'école française, nous préférons la suture qui assure un écoulement plus facile parce qu'elle permet de faire une bouche large, et parce qu'elle nous donne une sécurité plus grande.

1. — ENTÉRORRAPHIE.

L'amorce constituée par l'adhérence que nous devons au surjet du premier temps, semblerait nous inviter à laisser les anses dans la position qu'elles occupent à ce moment de l'intervention et de prolonger vers l'abdomen après fermeture des deux bouts, le surjet séro-séreux qui serait le premier étage d'une anastomose latéro-latérale.

Mais on pourrait faire à cette suture les objections déjà faites à ce type d'anastomose latéro-latérale.

C'est qu'en effet l'adossement en canon de fusil conduit à la formation d'un coude, prolongé par deux culs-de-sac. Or la circulation des matières peut mal se faire au niveau du coude ainsi formé, et la pression des matières au fond du double cul-de-sac représenté par les deux bouts de l'intestin, peut nuire à la solidité des sutures qui en assurent l'occlusion.

**Obs. XXV. — Cancer du côlon. — Résection.
Anastomose latéro-latérale. — Mort.**

Louise D..., âgée de 52 ans, ménagère, entre le 24 juin 1905, salle Lailier, dans le service de notre maître, M. Hartmann, parce qu'elle souffre dans le ventre.

Lorsque nous interrogeons la malade, nous apprenons qu'elle était tout à fait bien portante en mars 1905. Le début des accidents remonte, en effet, au mois d'avril de cette année.

A cette époque, la malade est prise d'une douleur brusque et violente dans le ventre, d'abord localisée dans l'hypochondre gauche; puis cette douleur s'étendait vers la droite et finissait par se généraliser à tout l'abdomen. Ces douleurs persistent d'une façon continue pendant 15 jours, avec crises paroxystiques. Pendant cette période, surviennent des vomissements, au nombre de 3 ou 4 par 24 heures, mais ces vomissements ne sont pas alimentaires, et ils sont constitués presque exclusivement par un liquide aqueux et mousseux.

Les selles, néanmoins, sont assez régulières, et la malade n'accuse ni constipation ni diarrhée.

Peu à peu la douleur disparaît, et la malade jouit alors d'une accalmie complète pendant 3 semaines.

En mai 1905, survient aussi brusquement une crise nouvelle qui dure environ 15 jours encore. Ce sont les mêmes phénomènes que précédemment, auxquels vient s'ajouter un symptôme de la plus grande importance : il se produit, une seule fois d'ailleurs, un méloena peu abondant et mélangé aux matières qui cette fois sont diarrhéiques.

Enfin, au commencement de juin, 15 jours avant son entrée, survient chez la malade une troisième crise. Le début est encore brusque : c'est une douleur violente dans l'abdomen, et qui commence toujours dans l'hypochondre gauche. Il semble à la malade que « son intestin se tord », et elle raconte que pendant la crise, dans le flanc gauche et à l'épigastre, elle sent se former des *bosses perceptibles à la main, ne persistant pas et qu'elle fait disparaître par la friction de l'abdomen*.

Cette fois, la crise ne dure que 4 jours. Mais le premier jour se produit de nouveau un méloena abondant que la malade évalue à 1 litre. Le sang était très noir, mélangé aux matières qui étaient très fétides.

Dans l'intervalle des crises, la malade se trouve tout à fait bien et n'éprouve aucun symptôme douloureux.

Enfin, les douleurs reparaissent le 23 juin, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Depuis 3 mois, elle a maigri de 10 livres environ.

Antécédents personnels. — Fièvre muqueuse à 17 ans.

Santé parfaite jusqu'à ces trois derniers mois.

Trois grossesses normales : une fausse couche.

On ne retrouve dans les antécédents de la malade aucun trouble gastrique ou intestinal.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Examen, 26 juin 1905. — La malade est amaigrie ; elle accuse d'ailleurs de la faiblesse, et tout effort la fatigue. Cette faiblesse semble résulter autant de son affection que de l'anorexie absolue dont elle se plaint depuis 3 mois. L'odeur de la cuisine provoque le dégoût. Néanmoins son alimentation est restée à peu près la même, sinon qu'il y entre moins de viande. Les digestions étaient difficiles, avec renvois acides environ une heure après le repas.

Pas de diarrhée, ni de constipation, sauf depuis 2 jours où la malade est obligée de prendre des lavements. Depuis 3 mois, les matières sont mal formées, pâteuses, jaune clair.

A l'inspection, le ventre est gros, mais non ballonné. La percussion montre le ventre partout sonore.

A la palpation, on sent une tumeur au point où les douleurs débutent à chaque crise, c'est-à-dire dans l'hypochondre gauche. *Cette tumeur est dure, arrondie, mobile, allongée transversalement.* La palpation permet de la faire rouler sous les doigts et de la localiser entièrement à gauche de la ligne médiane, à 2 ou 3 travers de doigt au-dessus d'une ligne allant de l'om-

bilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Cette tumeur est douloureuse ; et la palpation provoque la formation de gargouillements au niveau de cette région.

27 juin. — La tumeur a manifestement changé de volume. On ne trouve plus la grosse masse que l'on sentait dans l'hypochondre gauche. Il n'y a plus dans cette région qu'une petite tumeur dure, marronnée, insensible à la pression cette fois, et mobile dans les différents sens. Son volume égale celui d'une pomme d'api. On ne sent plus de gargouillement dans la partie droite du ventre.

29. — Le ventre est légèrement météorisé. A la palpation, la tumeur paraît de nouveau très augmentée de volume ; le côlon transverse présente le diamètre du poignet et l'on peut suivre le gros intestin jusque dans la fosse iliaque droite.

La veille, la malade avait été purgée. Il y avait eu dans la journée 2 ou 3 vomissements. Dans l'après-midi, 2 selles liquides. Mais on ne constate de sang ni dans les selles, ni dans les vomissements.

3 juillet. — Depuis 3 jours, il se produit des vomissements quotidiens qui surviennent de 1 h. 1/2 à 2 heures après l'ingestion des aliments.

Depuis son entrée à l'hôpital, la malade n'est pas restée un seul jour sans aller à la selle ; on lui donne tous les matins un cachet d'huile de ricin. Jusque-là les matières étaient liquides, mais hier elles étaient solides et renfermaient du sang rouge clair en petite quantité.

A l'examen, le ventre est ballonné. Au moment même où l'on pratique la palpation, il se produit une bosse qui se prolonge à droite de la ligne médiane, dont la limite supérieure est à l'ombilic, et dont la limite inférieure se trouve à quatre travers de doigt au-dessous. Elle disparaît spontanément au bout de quelques instants. La malade dit que pareil fait se produit tous les quarts d'heure, mais que le siège est variable. A ce moment même le phénomène reparaît, mais la partie supérieure se dessine, dépassant la ligne médiane vers la droite, et l'on voit l'anse distendue jusque dans la fosse iliaque du même côté.

L'apparition de ce phénomène de péristaltisme est accompagnée de douleurs aiguës et d'élancements.

La palpation est douloureuse et révèle alors la présence d'une masse dure qui s'étend depuis la tumeur, puis, au-dessous de l'ombilic et à droite de celui-ci jusque dans la fosse iliaque droite. On peut donc délimiter exactement les côlons transverse et ascendant contracturés.

4 juillet. — Diarrhée abondante : 15 selles liquides. Pas de sang. Cette débâcle apporte un grand soulagement à la malade. Pas de vomissements.

5. — Les anses intestinales ne sont plus visibles à travers la paroi. On perçoit du gargouillement dans la fosse iliaque droite. la palpation révèle la tumeur, à trois travers de doigt à gauche de l'ombilic, réduite à ses dimensions primitives.

OPÉRATION, le 10 juillet (M. Hartmann ; aides : MM. Lecène et O kinczyc)

— Colectomie en un temps. Anastomose latéro-latérale en canon de fusil. Mort au quatrième jour par insuffisance des sutures.

Incision sur la partie latérale du grand droit du côté gauche partant à 1 centimètre au-dessous du rebord costal, descendant un peu au-dessous d'une transversale passant par l'ombilic. La tumeur qui occupe l'angle gauche du côlon est amenée très facilement dans la plaie. L'intestin au-dessus est dilaté, néanmoins ses parois sont manifestement plus épaisses que celles de la portion d'intestin située au-dessous. Il y a quelques ganglions dans le méso-côlon.

Ecrasement de l'épiploon gastro-colique, et ligature par petits paquets. Ecrasement au-dessous. Ecrasement du méso. Ecrasement du côlon au-dessus de la tumeur et ligature ; mais celle-ci mal serrée cède ; et nous devons faire un double surjet. Ecrasement de l'intestin au-dessous et ligature ; section puis surjet enfouissant la ligature.

Entéro-anastomose latérale. Les deux segments de l'intestin sont suturés en canon de fusil.

Fermeture du trou du méso et en même temps suture du bord de la section de l'épiploon gastro-colique sur le côlon, de manière à ne pas laisser de trou dans le ventre. Réunion de la paroi abdominale à trois étages sans drainage.

Suites opératoires. — Le soir du même jour : T. 37°2 ; P. 95.

11 juillet. — Le matin, T. 39°8 ; P. 110. Le soir, T. 38°9 ; P. 125.

La malade est moins bien, le facies se tire, on ne trouve cependant ni douleur, ni distension de l'abdomen.

12. — T. 38°4 et 39°2 ; P. 104. Le ventre est météorisé, malgré un lavement qui a amené une garde-robe.

13. — T. 37°6 et 39°2. La malade éprouve des crises de douleurs abdominales vers le soir. Le pouls devient plus rapide.

15. — T. 38°6 et 39°4. Le pouls est à 120. On donne 5 grammes d'huile de ricin. Le météorisme devient très appréciable ; le ventre est partout sensible. La malade succombe dans la nuit.

AUTOPSIE. — Ouverture de la cavité abdominale sur la ligne médiane. Il s'échappe aussitôt des gaz fétides et l'on constate une péritonite généralisée.

L'épiploon adhérent semble avoir réagi pour constituer une barrière de défense autour de la région opératoire. Malgré cela, la péritonite s'es étendue à tout l'abdomen. On trouve les anses intestinales grêles agglomérées par du pus et des fausses membranes. Il y a du pus jusque dans le foie et dans le cul-de-sac rétro-utérin.

La plaie opératoire de la paroi est intacte.

Dans la région opératoire, l'estomac est distendu, recouvrant l'anastomose intestinale. Autour de celle-ci il existe du pus mélangé de matières liquides et jaunes en petite quantité.

Les vaisseaux suivis jusqu'à la tranche de la suture paraissent normaux

et ne sont pas thrombosés ; la suture présente une coloration d'infection ; mais qui n'est pas du sphacèle.

Le surjet postérieur de l'anastomose est distendu ; la suture est lâche et a cédé sur plusieurs points ; entre ces points s'est établie une fistule.

Les points de suture sont de plus perforants dans le surjet séro-séreux ; surtout au niveau du segment distal de l'intestin.

EXAMEN DE LA PIÈCE OPÉRATOIRE. — Elle comprend l'extrémité gauche du côlon transverse jusqu'à l'angle splénique. Nous avons pu constater, au cours de l'opération, l'extrême mobilité de la tumeur : l'angle splénique, loin d'être fixé pouvait être facilement abaissé. On pouvait donc penser que, sous le poids de la tumeur, il s'était produit une elongation du méso, non encore infiltré, et du ligament pleuro-colique.

Le segment extirpé présente une longueur de 15 centimètres environ sans qu'il soit tenu compte du ligament gastro-colique adhérent à ce segment intestinal et sectionné parallèlement à son bord, ni du grand épiploon, particulièrement infiltré de graisse ; on constate une lipomatose très marquée surtout au niveau de la tumeur ; et les franges graisseuses paraissent hypertrophiées (V. fig. 21).

Le canal intestinal est incisé sur son bord libre et la lumière en est étalée pour examen. On voit immédiatement une tumeur annulaire qui occupe le milieu du segment extirpé. Néanmoins, c'est par végétation de la tumeur vers la lumière de l'intestin que se produit la sténose. Extérieurement il n'y a pas eu apparence de diminution du calibre intestinal. La tumeur est irrégulière, tomenteuse. Elle est plus développée du côté qui répond au bord libre, où elle a été sectionnée par l'ouverture du canal intestinal. De ce côté, en effet, elle occupe sur l'intestin une hauteur de 4 centimètres, tandis que sur le bord mésentérique, elle ne s'étend guère que sur 1 centimètre et demi à 2 centimètres. Son épaisseur et la saillie qu'elle fait sont également plus considérables sur le bord libre ; ce que la section permet d'apprécier. En largeur, c'est-à-dire de la paroi intestinale jusqu'à la lumière de l'intestin elle présente à son maximum d'épaisseur 2 centimètres ; ce point répond également à celui où la sténose est le plus marquée. Par le développement plus marqué de la tumeur sur le bord libre, la lumière de l'intestin est déplacée vers le bord mésentérique moins épaissi. La filière qui subsiste n'est donc plus parallèle à l'axe de l'intestin, mais elle décrit un trajet sinueux qui contourne les végétations irrégulières de la tumeur.

Considérée dans son ensemble, cette tumeur dessine en amont un infundibulum. Celui-ci a environ 2 cent. $1/2$ de hauteur, du point où la muqueuse est saine jusqu'à celui où l'intestin est le plus rétréci. La muqueuse du segment proximal descend, relativement saine, avec ses plis transversaux assez marqués, plus bas du côté mésentérique.

A son extrémité distale, la tumeur se termine en formant un bourrelet plus net, comme un mur qui rétrécit brusquement la lumière de l'intestin. Si l'on cherche à reconstituer le canal intestinal, on constate que celui-ci

admet à peine un crayon. Le cathétérisme est d'ailleurs difficile, du fait que le trajet de la filière est sinueux.

Sur sa tranche, la tumeur est blanc-jaunâtre, bordée en dehors par une paroi lardacée, qui correspond à la musculuse modifiée.



Fig. 22. — Adéno-carcinome végétant annulaire du côlon transverse. Hypertrophie des parois en amont. Pièce opératoire (HARTMANN).

En amont, l'intestin est considérablement augmenté de volume : il est dilaté et la musculuse est hypertrophiée.

En aval, le calibre est réduit et la paroi saine présente une épaisseur très inférieure à celle de l'intestin au-dessus de la tumeur.

Il n'existe pas, à proprement parler, d'ulcération, sinon que la muqueuse n'existe pas au niveau de la tumeur.

La muqueuse est elle-même épaissie, dans les parties où elle existe : ses replis sont plus gros, plus saillants ; elle est congestionnée et présente une coloration plus rouge à sa surface que la muqueuse du bout distal.

Dans le méso-côlon adhérent à la pièce on sent et on trouve des ganglions.

Aussitôt après l'opération, nous avons trouvé, dans le segment dilaté de l'intestin, des matières molles, semi-liquides dans lesquelles on peut reconnaître des débris membraneux alimentaires, qui n'ont pu franchir le rétrécissement.

On a le choix par ailleurs entre la suture termino-terminale et la suture latéro-latérale.

L'une et l'autre ont leurs partisans et leurs détracteurs ; mais l'une et l'autre ont donné entre des mains différentes d'excellents résultats. Il est certain qu'il faut pour une suture latéro-latérale une longueur beaucoup plus considérable d'intestin, pour en faire le chevauchement : et l'anse déjà réduite de tout le segment réséqué avec la tumeur et par la cure de l'anus artificiel peut ne pas se prêter à l'anastomose latérale.

Il restera dans ce cas le choix entre une entérorraphie circulaire termino-terminale, et une anastomose iléo-colique.

2. — ANASTOMOSES COLO-COLIQUES.

Termino-terminale ou latéro-latérale, cette anastomose aura ses indications particulières. Nous reviendrons plus loin sur cette question qui mérite une étude plus approfondie.

Mais nous croyons devoir rejeter l'anastomose termino-latérale ou par implantation. Elle est d'exécution difficile et surtout, elle ne paraît pas devoir donner une sécurité suffisante.

3. — ANASTOMOSE ILÉO-COLIQUE.

L'anastomose iléo-colique peut trouver son indication dans les cas où l'anastomose latéro-latérale est difficile même avec une mobilisation des anses à affronter, et leur glissement sur la paroi abdominale postérieure. Aussi Montprofit et son

élève Brin (1) ont-il proposé d'associer à l'entérorraphie circulaire qu'ils accusent d'exposer au rétrécissement, une iléo-sigmoïdostomie.

« L'iléo-sigmoïdostomie est pratiquée au bouton. On repousse ordinairement, dit Brin, l'usage du bouton parce qu'il expose à l'obstruction par des matières solides, et au rétrécissement ultérieur de la bouche. Or avec l'iléo-sigmoïdostomie il n'y aura plus de matières dans le gros intestin ; il n'y aura que des sécrétions glandulaires, et dès lors le rétrécissement n'a plus d'importance. Après application du bouton, on fait l'écrasement et la section de l'iléon, ce qui constitue une exclusion unilatérale du gros intestin avec anastomose iléo-sigmoïdienne.

Les avantages que ces auteurs trouvent à la méthode sont de trois ordres : 1° les matières ne passent plus sur la cicatrice, d'où diminution de l'irritation à ce niveau et des chances de récurrence ; 2° s'il survient une récurrence, elle évolue comme une cachexie cancéreuse sans symptômes d'obstruction ; 3° l'iléo-sigmoïdostomie constitue une mesure préventive contre la récurrence ; dans ce dernier cas, il n'y aura pas de nouvelle opération à faire.

On peut faire à cette méthode assez séduisante les objections déjà faites à l'exclusion unilatérale. Pourra-t-on empêcher vraiment le reflux des matières, et l'ectasie cœcale qui en est le résultat ? C'est pourquoi nous aimerions mieux réaliser en quelque sorte le « tout à l'intestin » de Montprofit, en faisant plutôt l'anastomose iléo-sigmoïdienne ou iléo-rectale sans section de l'intestin grêle ce qui, abstraction faite du rôle incertain joué par la valvule de Bauhin, assurerait le drainage rétrograde du gros intestin. Et dans ce cas le procédé de Lardennois se recommande par sa simplicité et sa rapidité d'exécution. Mais cette anastomose iléo-sigmoïdienne qui peut être une excellente opération en elle-même, allonge nécessaire-

(1) BRIN, Cancer du gros intestin. Considérations techniques sur son exérèse. *Arch. méd. d'Angers*, 1901, p. 283.

ment la durée d'une opération déjà longue. Dans le cas particulier elle est un luxe, dont il ne faudrait pas abuser au détriment de la résistance du malade. De plus, la section du grêle peut avoir un autre inconvénient : M. Souligoux qui a bien voulu nous faire part des résultats qu'il a obtenus dans l'iléo-sigmoïdostomie, a deux fois pu constater que les accidents d'occlusion post-opératoires étaient dus à la couture de l'anastomose et à la chute de la portion anastomotique dans l'excavation. Le grêle sectionné et trop mobile fut entraîné par l'anse pelvienne.

Obs. XXVI (SOULIGOUX). — *Cancer de la partie inférieure du côlon descendant. Exclusion unilatérale. — Iléo-sigmoïdostomie.*

Jean G..., 52 ans, entre le 15 janvier 1903 dans le service de M. Peyrot parce qu'il présente des signes d'affection intestinale.

Il se plaint depuis 6 mois environ de ballonnements du ventre par crises et d'alternatives de constipation et de diarrhée. A l'examen clinique on trouve une tumeur nettement limitée, ovoïde, solidement fixée, occupant la fosse iliaque gauche.

OPÉRATION, le 19 janvier 1903 (Souligoux). — Laparotomie médiane sous-ombilicale... On aperçoit immédiatement la tumeur, elle occupe la terminaison du côlon descendant, adhère fortement à la paroi. L'extirpation jugée impossible lors de l'examen clinique apparaît encore telle à l'ouverture du ventre.

On décide donc de faire une anastomose iléo-sigmoïdienne. L'S iliaque, longue et flottante va se prêter admirablement à cette intervention.

1° Exclusion du côlon. — Le cæcum et la première portion de l'iléon sont attirés hors du ventre. La pince à écrasement est appliquée à trois travers de doigt de la valvule iléo-cæcale sur l'iléon et l'écrase sur une longueur de 2 centimètres; 2 ligatures à la soie ferment en bourse l'intestin écrasé qui est sectionné entre les deux ligatures. Cautérisation de la muqueuse au thermo-cautère. Un surjet séro-séreux enfouit ces deux moignons.

2° Anastomose iléo-sigmoïdienne. — L'S iliaque est rapprochée de la terminaison aveugle de l'iléon et les deux sont adossés sur une longueur de 8 centimètres environ par un surjet séro-séreux. Puis on ouvre la muqueuse créant une bouche de 2 centimètres de long. Un surjet muco-muqueux adosse les lèvres de la plaie postérieurement d'abord, puis antérieurement. On termine par une série de points séparés à la soie. Fermeture du ventre en trois plans.

L'opération s'est passée régulièrement sans incidents.

Le ventre toujours bien protégé, n'a point été contaminé lors de l'ouverture de l'intestin.

Suites opératoires. — Les premiers jours l'état général se maintient bon. Pouls et température normaux. Mais le malade va peu ou pas à la selle. Au bout du cinquième jour, régurgitation de bile et du contenu du duodénum. Selle abondante. Mais comme il avait pendant tout ce temps été impossible de nourrir le malade, il s'affaiblit peu à peu et s'éteint le 25 janvier.

AUTOPSIE. — Les sutures sont parfaites. L'anastomose très suffisante. Mais l'anse grêle afférente est tombée dans le petit bassin et elle se coude au niveau du promontoire, d'où gêne considérable pour la circulation des matières.

Il serait donc nécessaire, quand on est obligé de faire une anastomose basse de fixer le côlon pelvien à la paroi ou aux parties environnantes pour l'empêcher de tomber dans le petit bassin et d'entraîner ainsi l'anse grêle.

Le cancer était étendu sur tout le côlon descendant, depuis le côlon transverse jusqu'au détroit supérieur.

Par contre l'anastomose iléo-colique retrouve tous ses avantages quand il s'agit d'un néoplasme du segment ascendant du côlon jusqu'à l'angle hépatique exclusivement. Dans ce cas l'extériorisation a pu comprendre tout le côlon ascendant y compris le cæcum.

Le travail de rétraction accompli par le néoplasme a réduit dans la grande majorité des cas ce segment du côlon, pour rendre très acceptable une extériorisation, qui peut paraître considérable au premier abord. Nous l'avons vu pratiquer avec succès par notre maître M. Cunéo (obs. citée) (1). L'anse afférente est représentée en la circonstance par l'intestin grêle. Le second temps comprendra donc une anastomose iléo-colique (transverse ou sigmoïdienne).

Mais si l'extériorisation n'a pu comprendre le cæcum dans l'anse extériorisée, nous pensons qu'il vaut mieux, lors du second temps, enlever le cæcum avec la bouche ano-cutanée, et pratiquer l'iléo-colostomie, que de conserver le cæcum et un segment du côlon pour faire une colo-colostomie. Dans ce cas l'extirpation du cæcum constitue une facilité plus grande,

(1) HARTMANN, *Travaux de chirurgie anatomo-clinique*, 3^e série : Chirurgie de l'intestin. Paris. 1907, p. 210.

et l'anastomose iléo-colique apporte une sécurité plus grande qu'une suture portant sur un moignon réduit du gros intestin.

C'est la généralisation d'un principe particulier déjà formulé par Friedrich (1) pour les tumeurs iléo-cæcales, qu'il est plus facile d'anastomoser l'iléon au côlon transverse qu'au côlon ascendant plus fixé. Nous substituerons donc dans ces cas l'iléo-colostomie à la colo-colostomie.

Aussi bien, le rapprochement des deux bouts coliques peut être difficile, tandis que l'iléon doit à sa mobilité de pouvoir toujours être facilement amené au contact soit du côlon transverse, soit du côlon pelvien. De plus, nous nous plaçons dans des conditions qui se rapprochent de la résection iléo-cæcale toujours moins grave, ce qu'elle doit à l'utilisation de l'intestin grêle dans l'anastomose.

Cancers recto-sigmoïdes. — Nous aurions encore un mot à dire des interventions spéciales que l'on peut être amené à pratiquer pour les néoplasmes sigmoïdes bas situés ou recto-sigmoïdes. Notre maître, M. Hartmann, vient dans un cas récent d'employer avec succès la voie abdomino-périnéale en un temps (V. *suprà*, obs. VII).

Schlosser (2) conseille la position déclive. Il libère le néoplasme par une incision circulaire du péritoine à 2 centimètres de la tumeur et réussit, dit-il, facilement à la dégager et à l'extirper par voie abdominale. Il serait possible d'obtenir ainsi la réunion immédiate des deux extrémités intestinales, sans avoir recours à la voie sacrée.

Forgue (3) conseille la voie périnéale.

Nous pensons qu'il est préférable d'avoir recours à la voie abdomino-périnéale en un temps. Quoi qu'en dise Schlosser, la suture est difficile au fond de l'excavation, surtout si l'on a fait une résection suffisamment large du cancer. La voie exclusivement périnéale nous est apparue non exempte de

(1) FRIEDRICH, *loc. cit.*

(2) SCHLOSSER, XXXII^e Congrès de la Soc. allemande de Chir., juin 1903.

(3) FORGUE, XVI^e Congrès de Chirurgie, octobre 1903.

difficultés au cours de l'intervention chez le malade dont nous parlions plus haut. Une forte adhérence du néoplasme à la vessie fut libérée lors du temps abdominal ; nous nous demandons, ce qu'en pareil cas nous aurait donné la voie exclusivement périnéale, et comme difficultés de libération et comme dangers.

§ 4. — Suites opératoires.

Chez les malades en état d'obstruction la colectomie en deux temps donne de très bons résultats.

La guérison est fréquente avec ou sans complications. Parmi celles-ci nous citerons les fistules stercorales, les suppurations de la paroi, et les phlébites [B. Pollard (1), Kempe (2)], L'état d'intoxication aiguë ou chronique prépare le terrain à l'infection.

Quant aux suppurations de la paroi elles sont moins graves, mais il est nécessaire de redoubler de précautions pendant la cure de l'anus contre nature et pendant la suture intestinale. Les complications pulmonaires sont fréquentes. Elles dépendent de l'âge, de l'infection et peut-être d'autres facteurs moins connus. Bigergeil (3) montre qu'il ne faut pas en faire exclusivement un facteur d'infection. Il se pourrait que la douleur au niveau d'une suture sus-ombilicale empêche ces malades de tousser. La rétention bronchique des produits d'expectoration produirait l'infection pulmonaire.

Mortalité. — Notre maître Hartmann a opposé les premières statistiques de colectomies à celles plus récentes où se marque un souci plus grand des indications opératoires : la conclusion s'impose.

Morton (4) publie 6 cas de résection du côlon avec 6 guérisons.

(1) B. POLLARD, *loc. cit.*

(2) KEMPE, Case of ileo-colic anastomosis. *Brit. med. Journ.*, 1901, p. 706.

(3) BIGERGEIL (Körte), *Archiv f. klin. Chir.*, 1905 ; Bd. 78, p. 339.

(4) MORTON, *loc. cit.*

Il fait 4 fois la colectomie en deux temps en présence d'accidents aigus d'obstruction.

Hochenneg (1) rapporte 16 cas de résection du côlon qui se répartissent ainsi :

Côlon transverse, 1 : 1 guérison.

Angle splénique, 2 : 2 guérisons.

Côlon descendant, 1 : 1 mort.

Flexure sigmoïde, 12 : 7 guérisons.

Soit une mortalité de 26 0/0.

Schloffer (2) arrive ensuite avec 10 colectomies :

Angle splénique, 1 : 1 guérison.

Flexure sigmoïde, 9 : 7 guérisons.

Mais la statistique de Mikulicz (3) est surtout instructive :

Il donne : 37 résections du côlon avec 11 morts, soit une mortalité de 29, 8 0/0. Mais il distingue :

Sur 37 résections, 21 ont été des colectomies en un temps avec 9 morts, 16 ont été faites en 2 temps avec 2 morts ; et il conclut : « La grande supériorité de la résection en deux temps saute aux yeux. Les résultats sont encore plus probants, si nous considérons que les deux morts pour l'opération en deux temps ne sont pas imputables à l'intervention. » Mais que l'on se souvienne bien que 80 0/0 des malades de Mikulicz sont des auto-intoxiqués, des obstrués, et l'on admettra avec lui la nécessité d'une chirurgie moins brillante mais plus efficace.

De même pour les malades de notre maître Hartmann ; la grande majorité présente des symptômes d'obstruction. Deux fois, récemment, notre maître pratique la colectomie en deux temps et il obtient deux guérisons.

Au moment de mettre sous presse, nous prenons connais-

(1) HOCHENNIG, Resultate bei operativen Behandlung, carcinomatöser Dickdarmgeschwülste. *Arch. f. klin. Chir.*, 1902, Bd. LXVIII, p. 172.

(2) SCHLOFFER, *Beitr. z. klin. Chir.*, 1903, Bd. XXXVIII, p. 150, 492, 579.

(3) MIKULICZ, Chirurgische Erfahrungen über das Darmcarcinome. *Arch. f. klin. Chir.*, 1903, Bd. LXIX, p. 28.

sance d'un travail très important de Willy Auschütz (1) sur le cancer du gros intestin. L'auteur réunissant les cas opérés par Mikulicz et les siens propres arrive au total de 50 malades traités par la colectomie en plusieurs temps, avec 17 morts, soit une mortalité de 34 0/0.

Ces cas se répartissent de la façon suivante :

Résection en 2 temps : 2 ; 1 mort.

Résection en 3 temps : 1 ; 1 mort.

Extériorisation atypique : 2 ; 2 morts.

Entéro-anastomose et résection : 1 ; 0 mort.

Extériorisation typique : 28 ; 4 morts.

Par extériorisation atypique, l'auteur entend les cas où l'intestin fut ouvert ou déchiré avant la fermeture du péritoine. Les cas d'extériorisation typique donnent donc en définitive une mortalité très faible de 14,25 0/0.

Or, Littlewood (2), B. Pollard (3), Morton (4), Pauchet (5) et récemment Bakès (6) dont nous allons tout à l'heure étudier en détail les observations, obtiennent par la colectomie en un temps de beaux succès ; mais en cas d'occlusion ils n'hésitent pas à conseiller et à pratiquer eux-mêmes la colectomie avec anus préalable.

Mais c'est peut-être pousser un peu loin ces précautions indispensables, que d'en arriver à préconiser trois temps dans ces résections sur le gros intestin. C'était pourtant l'opinion de Wœlfler et de Schloffer (7). C'est la conclusion de Cavail-
lon (8) qui recommande la méthode de son maître le Pr Jabou-

(1) W. AUSCHÜTZ, Beiträge zur Klinik des dickdarmkrebses. *Mitteilungen aus den Grenzgeb. der Medizin und Chirurgie*. Dritter Supplementband : Gedenkbuch f. J. VON MIKULICZ, 1906, p. 488.

(2) LITTLEWOOD, Malign. disease of colon. *Lancet*, 1903, p. 1511.

(3) B. POLLARD, *Loc. cit.*

(4) MORTON, *Loc. cit.*

(5) PAUCHET, Traitement du cancer du gros intestin. *Congrès français de Chirurgie*, Paris, octobre 1905.

(6) BAKÈS, *Loc. cit.*

(7) SCHLOFFER, *Loc. cit.*

(8) CAVAILLON, *Loc. cit.*

lay : anus cæcal, puis résection, enfin cure de l'anوس cæcal.

On peut trouver un avantage réel à ne pratiquer que l'anوس cæcal dans un premier temps ; cette intervention rapide et simple assure la désinfection et la désobstruction du segment sus-jacent à la tumeur.

Mais par contre, si la cure de cet anus après la résection constitue une opération si « insignifiante, qu'elle est possible avec l'anesthésie locale », nous ne comprenons plus pourquoi elle ne serait pas pratiquée à la fin du second temps, chez un malade dont l'état général s'est relevé et qui peut supporter quelques minutes de plus d'intervention.

Aussi bien, faut-il attendre que l'anوس cæcal soit devenu une fistule pour être aussi simple à traiter. Mais, à tout prendre, la cure radicale d'un anus, fut-il seulement fistuleux n'est jamais tellement simple et nous comprenons alors l'obligation d'un troisième temps.

Mais le reproche le plus sérieux que nous adressons à cette méthode c'est l'incertitude où elle nous laisse sur l'opérabilité vraie de la tumeur : ou bien le premier temps comprend une laparotomie, et l'établissement d'un anus cæcal ; et dans ce cas ce premier temps équivaut presque comme gravité à l'extériorisation d'une tumeur. Ou bien on ne fait que l'anوس cæcal, et nous restons alors dans l'incertitude la plus absolue et sur le siège précis et sur le degré d'opérabilité de la tumeur.

A cette méthode en trois temps nous préférons donc celle en deux temps.

Résultats éloignés. — La récurrence, et c'est un des points intéressants de la chirurgie du cancer, est ordinairement, si elle se produit, très précoce. Le terme d'un an constitue un vrai point critique.

Nous donnons ces quelques chiffres déjà publiés par Hartmann.

ZIMMERMANN (1):

Obs. 2, 14 ans.

» 3, 2 ans 1/2.

» 4, 1 an 3/4.

» 9, 5 mois 1/2.

» 10, 10 mois après l'opération, ces malades sont bien portants.

MIKULICZ (2):

9 sont morts de récidence :

1 après 5 ans 1/2.

1 » 14 mois.

1 » 13 »

1 » 11 »

1 » 8 »

1 » 7 »

1 » 6 »

1 » 5 mois 1/2.

1 » 3 » 1/2.

Soit une moyenne de 15 mois.

1 malade vit encore avec récidence après 13 mois.

9 opérés sont restés indemmes :

1 après 9 ans 1/4.

1 » 5 » 3/4.

1 » 4 » 3/4.

1 » 4 » 1/4.

1 » 4 »

1 » 2 »

1 » 1 » 1/2.

1 » 1 » 1/4.

1 » 3 mois.

(1) ZIMMERMANN (Krönlein), Ueber Operationem und Erfolge der Dickdarmresektion wegen carcinom. *Beitr. f. klin. Chir.*, 1900, Bd. XXVIII, s. 303.

(2) MIKULICZ, *loc. cit.*

CHAPITRE II

LA COLECTOMIE EN UN TEMPS D'APRÈS QUELQUES OBSERVATIONS RÉCENTES

Si la colectomie en deux ou trois temps est actuellement considérée comme une opération moins meurtrière, si la majorité des auteurs s'y sont ralliés, il faut bien reconnaître que ce fut toujours sans enthousiasme. Nous serions plus près de la vérité en disant qu'ils se sont résignés à une chirurgie plus sûre, mais avec l'arrière-pensée non dissimulée que la cause n'était pas entendue. Enfin le peu d'enthousiasme des chirurgiens n'a d'égale que l'enthousiasme très modéré du malade auquel on propose successivement deux ou trois opérations dont un anus contre nature. Il était donc à tous points de vue parfaitement légitime de chercher autre chose, de chercher mieux, puisque c'était satisfaire à la fois et le malade et son chirurgien.

On devait fatalement revenir à l'idée de la colectomie radicale en un temps. C'était vraiment l'opération idéale, dirions-nous volontiers : la colectomie en plusieurs temps demeurant l'opération de nécessité.

C'était l'idée première ; mais les faits avaient trop clairement démontré que si la colectomie en un temps demeurait l'opération idéale, seule la colectomie en plusieurs temps devait être jusqu'à plus ample informé l'opération légitime.

Est-il permis aujourd'hui de tenter de sortir la colectomie en un temps du discrédit où elle était justement tombée ? Nous n'oserions l'affirmer. Et pourtant à des faits hier isolés, sans valeur par conséquent, s'ajoutent aujourd'hui des faits en séries, de colectomies en un temps heureuses et suivies de guérison.

Ce sont ces faits que nous avons étudiés, et nous estimons qu'ils comportent un enseignement et un espoir.

§ 1. — Généralités.

Les remarquables statistiques de Littlewood (1) en 1903, de Bilton Pollard (2) et de Morton (3) en 1904, de Pauchet (4) en 1905 et de Bakès (5) en 1906, forment une série presque ininterrompue de succès par la colectomie en un temps.

Il n'y a pas là seulement un hasard, et de l'étude comparée de ces faits se dégage tout un ensemble de points communs encore dispersés, et que nous avons tenté de réunir.

Littlewood publie 14 cas de colectomie avec 10 guérisons.

Ces cas se répartissent ainsi :

1 cas de cancer du cæcum : guérison.

1 cas de cancer recto-sigmoïde : guérison.

7 cas de cancer du côlon traités par la colectomie, en un temps ; 4 guérisons, une mort tardive, 2 morts immédiates.

5 cas de cancer du côlon avec occlusion traités par la colectomie en deux temps : 4 guérisons, une mort.

Nous éliminons de cette statistique les cas compliqués d'occlusion. Il est et il reste acquis, nous pouvons dire d'une façon définitive, que l'occlusion n'est justiciable que de l'opération en deux temps.

Pour le cancer du cæcum, nous pensons avec notre maître Hartmann et avec Quénu et avec Cavaillon que l'opération en un temps doit être la règle, l'opération en deux temps l'exception. Il est hors de doute également que les exérèses du cæcum jouissent d'une bénignité presque aussi grande que celles pratiquées sur l'intestin grêle.

Il reste donc 8 interventions sur le côlon et le côlon-rectum

(1) LITTLEWOOD, *Loc. cit.*

(2) B. POLLARD, *Loc. cit.*

(3) MORTON, *Loc. cit.*

(4) PAUCHET, *Loc. cit.*

(5) BAKÈS, *Loc. cit.*

avec 5 guérisons. Nous estimons ce résultat déjà remarquable si l'on songe que cette publication date d'une époque où la colectomie en un temps semblait à tout jamais bannie de la chirurgie.

Bilton Pollard vient ensuite (1904) avec 7 colectomies et 7 guérisons.

Sauf un cas où l'opération fut pratiquée en deux temps pour des accidents d'occlusion, tous les autres sont des colectomies en un temps, toutes suivies de guérison. L'importance de ces résultats donnent *a priori* à cet auteur une grande autorité dans la question qui nous occupe. Aussi nous accorderons une attention toute particulière au remarquable article qui accompagne ces observations.

Morton, dans une série de 7 colectomies toutes suivies de guérison, pratique deux fois la colectomie en un temps en dehors de l'occlusion.

Pauchet en 1905, communique au Congrès français de chirurgie 6 cas de colectomies en un seul temps, et cet auteur considère cette intervention comme l'opération de choix dans les cancers extirpables et non compliqués d'occlusion.

Enfin tout récemment Bakès dans un article fort intéressant, publie 10 cas de colectomies en un temps avec 10 guérisons.

Ces observations sont ainsi réparties :

- 1 cas de cancer du cæcum ;
- 6 cas de cancer du côlon ;
- 2 cas de tuberculose cæcale ;
- 1 cas de kyste du méso-côlon.

Nous éliminerons ces trois derniers cas qui ne rentrent pas à proprement parler dans notre étude. La tuberculose en effet et surtout le tuberculose cæcale autorise l'intervention en un temps. C'est l'opinion justifiée et parfaitement légitime de la grande majorité des auteurs.

Nous ne retiendrons que les 6 cas de cancer du côlon, tous suivis de guérison, laissant également celui de cancer cæcal,

dont la thérapeutique par la colectomie en un temps est actuellement parfaitement admise.

Obs. XXVII. — LITTLEWOOD (Obs. 2).

Femme, 46 ans. Grosse tumeur de la flexure hépatique. Constipation. Vomissements.

Au moment de l'opération : grosse tumeur de la flexure hépatique. Constipation.

25 juillet 1901. — Extirpation de 10 pouces de côlon et du mésentère correspondant. Suture bout à bout.

Guérison. En mai 1903 pas de récurrence.

Obs. XXVIII. — Id. (Obs. 3).

Homme, 34 ans. Grosse tumeur du côlon transverse. Depuis août 1900 douleurs profondes. Apparition d'une tumeur depuis le mois dernier.

Pas de constipation. Tumeur en bas et à droite de l'ombilic. Mobilité de la tumeur.

OPÉRATION, le 22 avril 1901. — Extirpation de 6 pouces de côlon transverse comprenant la tumeur et le mésentère. Suture bout à bout.

Guérison. Pas de récurrence en mai 1903.

Obs. XXIX. — Id. (Obs. 4).

Homme, 54 ans. Petite tumeur de la flexure splénique prenant le bord mésentérique et occupant la moitié de la lumière de l'intestin.

En septembre 1900, à deux reprises, constipation et obstruction. Pas de douleurs au lit. Au moment de l'opération constipation, mais non obstruction. La nature maligne est soupçonnée.

OPÉRATION, le 22 novembre 1900. — On trouve une petite tumeur de l'angle splénique. Suture bout à bout. Guérison. La tumeur est cause de l'obstruction par intussusception possible.

Obs. XXX. — Id. (Obs. 6).

Homme, 52 ans. Tumeur de la partie supérieure de la flexure sigmoïde. On trouve en un point une ulcération et un pépin d'orange y est engagé. Depuis 12 mois le malade se plaint de douleurs et de constipation. 8 mois auparavant, violente attaque de douleurs et de vomissements.

On ne peut trouver la cause de l'obstruction. On soupçonne une tumeur maligne du côlon. L'obstruction ne cède pas aux remèdes ordinaires.

OPÉRATION, le 18 décembre 1900. — Incision médiane. Femme 60 ans. On trouve une tumeur de la partie supérieure de la flexure sigmoïde ; 4 pouces d'intestin sont enlevés.

Suture bout à bout. Guérison.

L'examen montrait l'ulcération qui eût abouti à la péritonite mortelle.

Obs. XXXI. — Id. (Obs. 10).

Sténose par tumeur maligne du côlon transverse. On découvre la tumeur en enlevant une large adhérence d'un kyste ovarique.

Depuis quelques mois la malade s'aperçoit qu'elle grossit et accuse des douleurs. Constipation qui cède aux purgatifs. Tumeur ovarienne dépassant l'ombilic. Grande faiblesse.

OPÉRATION, le 10 avril 1902. — On enlève la tumeur ovarienne et on trouve à la fin de l'opération une tumeur maligne dans le côlon transverse. On enlève 5 pouces du côlon. Suture bout à bout. La malade ne se relève pas. Mort au bout de 6 jours.

Obs. XXXII. — Id. (Obs. 11).

Femme, 28 ans. Sténose par tumeur maligne du côlon descendant, petite constriction. Constipation et il y a 3 mois, attaque d'obstruction qui dure une semaine.

La malade présente des signes évidents d'obstruction intestinale. L'abdomen est distendu. Le péristaltisme est visible. On ne peut sentir de tumeur.

OPÉRATION, le 22 juin 1902. — Ouverture sur la ligne médiane. On trouve l'intestin distendu. Le péristaltisme est marqué sur le côlon. La tumeur occupe le milieu du côlon. On extirpe 3 pouces du côlon et l'on termine par la suture bout à bout.

La malade est bien pendant trois jours. Va plus mal au sixième jour.

Les sutures ont certainement cédé.

Mort à 4 heures du soir.

Obs. XXXIII. — Id. (Obs. 12).

Homme de 65 ans. Grosse tumeur du cæcum et du côlon ascendant.

Le malade présente de la constipation plutôt que de l'obstruction.

La tumeur est facile à voir et à sentir. Pas d'obstruction, état général bon.

OPÉRATION, le 22 septembre 1902. — Extirpation. On ne peut réunir les deux bouts. Iléo-sigmoïdostomie. Le malade meurt le sixième jour. Le malade était tombé dans le collapsus deux jours après l'opération. Sérum et strychnine. On trouve une infiltration du mésentère jusqu'à la paroi. Adhérences au pylore et à la vésicule biliaire.

Obs. XXXIV. — BILTON POLLARD (Obs. II).

Femme, 55 ans. Cancer à cellules cylindriques de la flexure splénique, qui a envahi le rein gauche, la loge rénale et les 3/4 de la queue du pancréas. Pas d'envahissement lymphatique.

Malade depuis 5 mois. Deux crises graves de coliques avec diarrhée il y a 4 mois, et un mois avant l'opération. D'ailleurs, pas d'autres symptômes intestinaux. Se plaint et souffre de douleurs dans les lombes gauches depuis deux mois.

On trouve une tumeur dans les lombes gauches qui a les caractères d'une tumeur rénale. Urines normales.

OPÉRATION, le 14 septembre 1899. — Le rein gauche est découvert par l'incision oblique lombaire ordinaire. La nature de l'affection est déterminée; on lie et on sectionne les vaisseaux et l'uretère. Le pancréas est incisé en tissu sain. Les connexions péritonéales sont liées et sectionnées. La tumeur en entier est extériorisée par la plaie. Le côlon transverse et le descendant sont sectionnés à 2 pouces de la tumeur. La suture bout à bout est pratiquée au bouton de Murphy. La plaie est bourrée de gaze iodoformée.

Suites immédiates. — Obstruction par bouton de Murphy, et le cinquième jour les signes sont si urgents qu'on pratique la typhlotomie à l'anesthésie locale. Les symptômes graves s'amendent, le patient se remet complètement et le bouton de Murphy est expulsé par le rectum 18 jours après l'opération.

Résultats tardifs: 27 octobre 1903. — 4 ans après l'opération est en bonne santé et plus fort. Bon fonctionnement de l'intestin. Pas de signe de récurrence.

Obs. XXXV. — Id. (Obs. III).

Homme, 29 ans. Cancer colloïde de la flexure splénique. Tumeur de la grosseur du poing. Elle est couverte par l'épiploon adhérent. Mésocôlon assez long. Pas d'envahissement ganglionnaire.

Dyspepsie flatulente depuis 4 ans. Aggravation des symptômes depuis 18 mois. Crise grave de coliques douloureuses à des intervalles de 3 semaines, pendant environ 14 mois. Et pendant ces périodes, l'intestin est relâché et à la fin de la crise, il rend du sang rouge.

À gauche et vers l'ombilic on sent une tumeur mobile. On peut la pousser de l'autre côté de l'abdomen comme vers l'hypochondre gauche.

OPÉRATION, le 8 avril 1901. — La tumeur est découverte par une incision à gauche, semi-lunaire, et sortie de l'abdomen. Les attaches péritonéales sont liées et sectionnées, et la tumeur est sectionnée à 2 pouces sur l'intestin sain, et extirpée. Suture bout à bout de l'intestin par deux rangs de sutures à la soie. La plaie de la paroi abdominale est complètement fermée.

Suites immédiates. — Rapide et complète guérison.

Suites éloignées: 24 octobre 1903. — 2 ans 1/2 après l'opération le malade est aussi bien que possible. Pas de symptômes mauvais. Il travaille comme ingénieur (Pièce au Musée de l'Univ. Coll.).

Obs. XXXVI. — Id. (Obs. IV).

Femme de 40 ans. Cancer à cellules cylindriques du côlon ascendant, étendu depuis 2 pouces 1/2 au-dessus de la valvule iléo-cœcale, jusqu'à la flexure hépatique. Le grand épiploon adhère à la tumeur, qui adhère

elle-même en dehors, au péritoine pariétal. Les ganglions mésentériques voisins sont envahis.

Constipation marquée depuis 5 ans. Douleurs dans la fosse iliaque droite avec flatulence et distension abdominale depuis 3 mois.

La tumeur est ferme, mais rénitente, du volume d'une orange, dans la partie inférieure des lombes et dans la partie supérieure de la fosse iliaque. Assez mobile.

OPÉRATION, le 14 août 1901. — La tumeur est découverte par une incision oblique directement sur la tumeur. Le grand épiploon, le méso-côlon, ascendant et transverse depuis le cæcum jusqu'au delà de la flexure hépatique sont liés et sectionnés et la tumeur est sortie de l'abdomen. Le péritoine pariétal, dans les lombes, adhérent à la tumeur est enlevé avec elle. Le côlon est sectionné depuis un peu au-dessus de la flexure hépatique et à environ 1 pouce $1/2$ de la valvule iléo-cæcale. Les deux bouts sont unis par deux rangs de sutures à la soie. La plaie abdominale est complètement fermée.

Suites immédiates. — La convalescence est retardée par une phlébite de la saphène gauche, mais la guérison se fait, à part cela, sans incidents.

Suites tardives. — Le 25 octobre 1903, 2 ans et 2 mois après l'opération, le Dr Stevens rapporte que le patient est très bien. Aucun signe de nouvelle tumeur, et l'intestin fonctionne mieux que je ne l'espérais (Pièce au Musée de l'Univ. Coll.).

Obs. XXXVII. — *Id.* (Obs. V).

H..., 64 ans. Cancer de la partie inférieure de la flexure sigmoïde et de la partie supérieure du rectum.

La tumeur est intra-pelvienne et envahit la méso-rectum. Pas de ganglions.

Crises de douleurs violentes dans l'abdomen, débutant 9 mois avant l'opération. Elles sont quotidiennes. Elles surviennent après alimentation et surtout alimentation solide. Perte de l'appétit depuis 7 mois. Les selles contiennent souvent du sang. Constipation depuis 6 mois.

On ne trouve pas de tumeur par la palpation de l'abdomen. On ne trouve pas de tumeur dans le rectum, mais à trois reprises, je pus sentir à travers le rectum une tumeur occupant la partie supérieure du pelvis du côté gauche.

OPÉRATION, le 28 janvier 1903. — Incision basse et descendant sur la ligne semi-lunaire. Le méso-côlon sigmoïde et le méso-rectum sont liés et sectionnés et la tumeur est sortie de l'abdomen. La tumeur sectionnée à 2 pouces sur l'intestin sain est enlevée. Suture bout à bout à deux rangs de sutures à la soie. Plaie abdominale fermée complètement.

Suites immédiates. — Guérison ininterrompue et complète.

Suites éloignées. — 30 octobre 1903, 9 mois après l'opération le malade est tout à fait bien. Fonctionnement parfait de l'intestin, sans douleur ni malaise. Il peut faire ses affaires (Pièce au Musée de l'University Collège).

Obs. XXXVIII. — Id. (Obs. VI).

Femme, 49 ans. Cancer à cellules cylindriques du côlon ascendant, malade, depuis le cæcum jusqu'à la flexure hépatique. Tumeur adhérente au péritoine pariétal sur 1 pouce 1/2. Ganglions hypertrophiés, mais pas de métastase au microscope.

La malade fait remonter le début à 9 mois 1/2 avant l'opération. Seul symptôme : douleur. Amaigrissement depuis 9 mois. Tumeur bien nette, ovale, mesurant de 2 à 3 pouces, située dans la fosse iliaque droite immédiatement en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure et au-dessus du ligament de Poupart. Surface irrégulière et consistance dure, paraît fixée à la paroi abdominale, près de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

OPÉRATION, le 23 avril 1903. — L'abdomen est ouvert par incision oblique sur la tumeur. Celle-ci n'intéresse pas le cæcum, mais le touche si près que je l'enlève. Le péritoine adhérent est décollé et enlevé avec la tumeur. La partie inférieure du mésentère, le méso-côlon, et une partie du méso-côlon transverse sont liés et sectionnés et la tumeur est sortie de l'abdomen. L'intestin grêle est sectionné à 5 pouces de la valvule iléo-cæcale, et le gros intestin aussitôt au-dessus de la flexure hépatique. Les deux bouts de l'intestin sont fermés par deux rangs de sutures à la soie, et l'intestin grêle est anastomosé latéralement par deux rangs de sutures à la soie. Abdomen complètement fermé.

Suites immédiates. — Le malade, en tout ce qui touche l'opération se remet normalement, mais la convalescence est retardée par une phlébite de la veine saphène interne gauche.

Suites éloignées. — En octobre 1903, 6 mois après l'opération, le patient est en bon état. Il a perdu l'aspect cachectique qu'il avait auparavant. L'intestin fonctionne normalement. Le malade a engraisé environ de 12 kilogrammes (Pièce au Musée de l'University Collège).

Obs. XXXIX. — Id. (obs. VII).

Homme, 36 ans. Cancer à cellules cylindriques du côlon descendant. La tumeur est fixée. La surface extra-péritonéale est couverte par une inflammation chronique, épaisse et grasse. La surface péritonéale est adhérente au péritoine pariétal sur une très grande surface. Ganglions non envahis.

Diarrhée depuis deux mois. Pas de selles formées depuis 3 semaines. Douleur intermittente dans le côté gauche. Mictions fréquentes pour lesquelles le malade consulte il y a un mois. Perte de poids.

Dans la région lombaire, le palper bi-manuel révèle une tumeur ronde de 2 pouces 1/2. La limite inférieure est de 2 pouces au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure. La tumeur est lisse et sa surface est modelée comme un rein.

La mobilité est limitée et n'existe que vers la partie supérieure.

OPÉRATION, le 31 août 1903. — L'intestin est assez mobile pour amener,

la tumeur au dehors par la plaie ; les attaches méso-coliques sont sectionnées jusqu'au méso-côlon sigmoïde. La fixation de l'angle splénique qui résulte de son ligament pleuro-colique, rend nécessaire la section de l'intestin assez haut sur le côlon transverse mobile, pour que les deux bouts de l'intestin sectionné puissent être mis au contact. Suture bout à bout de l'intestin par deux rangs de sutures en surjet à la soie. La plaie abdominale est complètement fermée.

Suites immédiates. — Convalescence normale en ce qui concerne l'intestin ; mais la guérison est retardée par l'infection superficielle de la plaie abdominale.

Suites éloignées. — Fin d'octobre 1903, 7 mois après l'opération, le malade est tout à fait bien. Il a augmenté de 21 livres (Pièce au Musée de l'University Collège),

Obs. XL. — MORTON (Obs. V).

Mme M. H... m'est envoyée en juin 1903 avec un énorme gonflement du côté droit de l'abdomen, s'étendant du rebord costal jusqu'au niveau de l'ombilic. Cette tumeur qui siège en dehors des reins et en dedans de l'ombilic, est dure, nodulaire, assez mobile, mais ne s'étend pas vers la région rénale. Elle est mobilisée, en bas seulement par la respiration, et je peux la différencier du foie.

La malade a remarqué le gonflement il y a 5 mois ; auparavant elle éprouvait un malaise quand elle se couchait sur le côté et c'est ce qui a attiré son attention sur la tuméfaction. Elle n'a que rarement éprouvé de la douleur, mais de temps en temps de la douleur généralisée dans tout l'abdomen. Pas de vomissements ; constipation déjà très ancienne. Pas de symptômes urinaires.

16 juin. — Sous chloroforme, on obtient une plus grande mobilité de la tumeur. La pression combinée de l'ombilic et de la région rénale montre qu'elle s'étend sur le bas-ventre. A l'ouverture de l'abdomen on trouve une tumeur en masse formée par le cæcum, une portion considérable de la terminaison de l'iléon, du côlon ascendant et de la flexure hépatique. J'enlève le tout et j'implante par une bobine, l'iléon dans le côlon transverse.

Guérison. La malade quitte l'hôpital un mois après. Je revois la patiente en mai de cette année (1904), juste un an après l'opération ; elle se porte bien, l'intestin fonctionne bien, pas de signe de récurrence.

Obs. XLI. — *Id.* (Obs. VI).

Mme F. C..., âgée de 45 ans, se remet à mes soins en juillet 1903. Depuis 18 mois elle est sujette à des crises de douleurs dans le ventre ; ces crises augmentent progressivement de force et de fréquence comme de durée. Les vomissements sont rares. Au cours de ces crises il y a des alternatives de constipation et de diarrhée, mais la constipation domine. Mélœna très abondant 5 mois après la première crise de douleur, il ne s'est pas reproduit. Une masse dure siège juste contre le rebord costal, et le bord externe

du grand droit à la place de la vésicule biliaire ; sonore, elle est mobile avec la respiration. On fait le diagnostic de tumeur du côlon à cause de l'histoire des douleurs associées à des coliques.

24 juillet. — Ouverture. On trouve une masse dure et nodulaire du volume d'une orange qui entoure la flexure hépatique du côlon, une partie du côlon transverse et le fond de vésicule biliaire, recouverts par le grand épiploon. Deux ganglions dans le méso-côlon sont envahis : ils sont enlevés. J'enlève une partie du côlon, de l'épiploon, et je réunis le côlon par une hobine. Je résèque une partie de la vésicule biliaire, mais la muqueuse n'en est pas ouverte. La lumière intestinale de la tumeur laisse passer un cathéter n° 12.

Guérison. La malade quitte l'hôpital 6 semaines après.

Elle se trouva bien seulement quelques mois ; il y eut de nouveau retour des douleurs dans le trajet des nerfs intercostaux du côté droit associé à de l'hyperesthésie de la peau. On pouvait penser à une invasion de la peau et de la paroi abdominale. Un examen, en juin 1904, montre l'étendue de cette extension trop grande pour une extirpation.

Obs. XLII. — J. BAKES (Obs. I).

Cancer du cæcum du côlon ascendant et de la flexure hépatique.

Résection. — Iléo-colostomie. — Guérison.

Marie B..., 46 ans, entrée le 16 avril 1903, sortie guérie le 13 mai 1903. Les antécédents héréditaires de la malade sont particulièrement intéressants : 2 de ses frères sur les 6 qu'elle a eus, sont morts de tumeur de l'intestin sans opération. Ses parents ont atteint un âge avancé : la mère 78 ans et le père 65, et semblent être morts de vieillesse.

La malade elle-même est très affaiblie ; elle remarque depuis deux ans environ qu'une tumeur est apparue dans la région iléo-cæcale. La tumeur augmente progressivement de volume et dans ces derniers temps a déterminé de fortes douleurs comparables à des coliques. Dans les selles, des mucosités et des masses noires.

Etat actuel. — Etat de cachexie assez marqué, très amaigrie cette femme présente une tumeur iléo-cæcale de la grosseur d'une tête d'enfant, bosselée, dure, à peine mobile dans le décubitus dorsal.

23 avril. — Anesthésie par scopolamine-morphine-éthér. La tumeur est mobilisée avec les ganglions du mésentère par l'incision du péritoine pariétal d'après les principes déjà indiqués ; elle est extériorisée et l'on pratique l'iléo-colostomie par apposition latérale. Toilette de la plaie après exploration de l'espace rétro-péritonéal au point de vue ganglionnaire.

13 mai. — Guérison par première intention. Toutes les fonctions sont normales.

La malade se présente en personne à la clinique en décembre 1904. On note son état et l'on prend son poids ; elle est revue le 20 juillet 1906, la cicatrice est à peine visible.

La palpation ne révèle rien d'anormal, l'aspect général est bon. Les selles sont régulières et l'appétit est conservé.

Obs. XLIII. — Id. (Obs. II).

Cancer du côlon transverse — Résection. — Colo-colo-anastomose. — Guérison.

Marie J..., 63 ans, entrée le 11 novembre, sortie guérie le 31 décembre 1903.

Antécédents. — La défécation malgré des thérapeutiques variées et pénibles est douloureuse et oblige la malade sur le conseil de son médecin à entrer à la clinique.

Etat actuel. — L'aspect général de la malade répond à son âge ; on constate un léger météorisme entre la symphyse pubienne et l'ombilic ; on peut sentir au plus fort de la distension gazeuse une tumeur légèrement mobile, lisse et qui disparaît à nouveau après une grande irrigation en même temps que cèdent les douleurs.

Opération, le 19 novembre. — Anesthésie avec scopolamine-morphine-éther. La tumeur, grosse comme une pomme, appartient au côlon transverse de longueur anormale qui présente en son milieu une tumeur et qui tombe dans le petit bassin. Résection. Les deux bouts sont fermés en cæcum e réunis par anastomose latérale.

2 décembre. — La malade se lève et reste à la clinique jusqu'au 31 décembre, jusqu'à complète guérison.

15. — Nous revoyons la malade, l'aspect général est excellent, elle se trouve tout à fait bien, l'appétit et les défécations sont normaux. Légère éventration à la partie supérieure de sa cicatrice. La malade avait quitté sa ceinture abdominale pendant trois jours après avoir quitté la clinique.

Obs. XLIV. — Id. (Obs. IV).

Cancer de la flexure sigmoïde et du côlon transverse — Résection. Colo-colo-anastomose. — Guérison.

Françoise K..., 50 ans, entre le 20 février, sort guérie le 13 mars 1906.

Antécédents. — Cette malade est la sœur de Marie B..., (V. obs. I), qui fut opérée en 1903 et dont les deux frères sont morts de tumeurs intestinales non opérées. La malade elle-même fait remonter son affection à 1904 (juillet). A cette époque s'installèrent des douleurs abdominales avec selles irrégulières et qui ne cédaient à aucun traitement. Dans les selles qui dans ces derniers temps sont devenues plutôt diarrhéiques elle n'a jamais constaté ni sang, ni rien qui y ressemble.

Etat actuel. — Bon état général. C'est une femme de force moyenne avec un ventre volumineux en tablier. Dans l'hypogastre gauche on sent par la palpation une tumeur oblongue mobile qui remonte jusqu'aux côtes et qui est dure et douloureuse.

Opération, le 23 février, avec narcose combinée ; 2 centigrammes de morphine sous-cutanée ; on injecte en 4 injections 10 gr. de la solution de Schleich la plus faible. Quelques bouffées d'éther (80 gr.). Mobilisation de la tumeur inférieure et de l'angle splénique : on trouve alors une seconde

tumeur sur le côlon transverse. On fait alors la résection complète des deux tumeurs et du segment intermédiaire. Anastomose latérale après écrasement et fermeture des deux bouts de l'intestin, et mobilisation de l'angle hépatique.

La narcose réussit complètement. Après la narcose l'état est idéal au point que la malade après 3 h. 1/2 d'opération cause avec nous et se fait montrer la pièce opératoire. On dut employer l'éther une seule fois et quelque peu au moment de la mobilisation de tout l'intestin, et la ligature du mésentère (ce qui explique l'emploi relativement considérable de 80 grammes d'éther. La malade quitte l'hôpital le 13 mars complètement guérie. Nous la revoyons en même temps que sa sœur le 20 juillet 1906 ; elle est tout à fait bien, ne présente aucun trouble digestif, les selles sont normales, la cicatrice est solide. Augmentation notable de poids.

Obs. XLV. — Id. (Obs. V).

Cancer du cæcum et du côlon ascendant. — Résection. — Iléo-colostomie. — Guérison.

Adolphe J..., 31 ans, hôtelier, entre le 5 septembre, sort guéri le 13 octobre 1905.

Antécédents. — Les antécédents héréditaires sont nuls. Depuis l'hiver 1904 perte de l'appétit ; au printemps douleurs abdominales autour de l'ombilic qui dans ces derniers temps semblent se localiser de temps à autre dans l'hypogastre droit. Son médecin lui conseille l'opération.

Etat actuel. — Aspect cachectique. Tumeur iléo-cæcale, du volume d'une tête d'enfant, dure, bosselée, peu mobile, très douloureuse à la pression, sans ballottement lombaire. Indican dans l'urine.

OPÉRATION, le 11 septembre, avec narcose combinée. — Morphine 15 milligrammes, 3 injections de solution de Schleich, 3 prises d'éther, en tout : 140 grammes ; durée de l'opération : 3 heures. Pour la mobilisation de la tumeur qui envahit tout le cæcum et tout le côlon ascendant on dut extirper une grande partie du péritoine pariétal adhérent. Résection. Iléo-colostomie par juxtaposition des deux bouts fermés en cæcum. Péritonisation par glissement des parties voisines.

Le 13 octobre le malade sort guéri. On doit remarquer que la tumeur qui a infiltré la paroi intestinale déterminait fort peu de symptômes de sténose grâce au processus ulcéreux très marqué du néoplasme. Nombreux ganglions dans le mésentère.

Nous renvoyons le malade en mai 1906, il paraît florissant et se trouve tout à fait en bonne santé.

Obs. XLVI. — Id. (Obs. VIII).

Cancer du côlon ascendant, sténose cancéreuse du côlon transverse, résection. — Iléo-colostomie. — Guérison.

Jean W..., 48 ans, entré le 16 mai, sorti guéri le 3 juin 1906.

Antécédents. — Depuis novembre 1905 douleurs dans la région iléo-cæcale. Toutes les médications possibles n'ayant aucun résultat son médecin l'envoya à la clinique.

État actuel. — C'est un homme amaigri et cachectique. On trouve au-dessus du cæcum une tumeur facile à palper et à mobiliser, dure, de la grosseur du poing et remontant jusqu'au rebord costal.

OPÉRATION, le 18 mai, avec narcose combinée. — Morphine : 45 milligrammes, 2 injections de solution de Schleich, 2 prises d'éther (70 gr.). Mobilisation d'une tumeur du côlon ascendant fortement adhérente à une anse du côlon transverse. La résection comprend la portion terminale de l'iléon, le cæcum, l'angle hépatique très fortement distendu et environ la moitié du côlon transverse. Iléo-colostomie, péritonisation au moyen du péritoine et de l'épiploon. Fermeture après une abondante irrigation.

Suites opératoires parfaites. Le malade sortit guéri le 3 juin. Le 10 juillet nous revoyons le malade qui se réjouit de son parfait état de santé et qui a augmenté de poids.

Obs. XLVII. — *Id.* (Obs. X).

Cancer de l'estomac et du côlon transverse. — Résection de l'estomac et du côlon transverse. — Colo-colo-anastomose. — Guérison.

OPÉRATION. — La résection comprend en même temps que celle du côlon transverse une ablation presque totale de l'estomac. Le malade supporta cette grosse intervention mais il s'établit sans cause apparente au niveau de l'union des bouts intestinaux une fistule qui fut fermée deux ans plus tard mais qui se reforma bientôt à la même place. Le malade succomba en avril de la même année, c'est-à-dire 2 ans et 4 mois après la même intervention, des suites de ses métastases.

Il est incontestable que tout succès chirurgical dépend essentiellement de deux facteurs : le malade et l'opérateur, ce que nous traduisons sous les titres de *conditions de terrain*, et *technique chirurgicale*.

§ 2. — Conditions de terrain (Le malade).

C'est une constatation souvent faite, en chirurgie, que l'opération est pratiquée trop tardivement, sur un malade cachectisé et qui a épuisé en traitements inutiles toutes ses forces de résistance. Sur un terrain aussi affaibli, aussi pauvre en ressources vitales de réaction, l'opération ne peut être nécessairement que palliative, si même le malade parvient à en faire les frais.

Cela est triste à dire, mais de nos jours encore on considère trop l'opération chirurgicale comme l'ultime ressource, et l'on attend l'urgence d'accidents mortels pour confier un malade au chirurgien. Un malade désespéré, un médecin découragé, un chirurgien désarmé, telle est trop souvent la situation où l'on se trouve pour un cancer du gros intestin. Nous avons montré ailleurs, que les dyspepsies suspectes, les entéro-colites symptomatiques perdaient en traitements médicaux, en saisons d'eaux, un temps précieux.

Il y a là un malentendu qu'il y aurait intérêt à faire cesser pour le plus grand profit du malade.

Ces réflexions s'imposent si nous comparons les observations que nous venons de citer, à celles trop nombreuses où l'on attend l'occlusion pour intervenir.

C'est un fait digne de remarque que tous ces malades traités par la colectomie en un temps n'ont que très rarement présenté dans leurs antécédents de très légères crises d'obstruction. La plupart en ont toujours été indemnes.

Si nous relevons dans ces observations la durée de la maladie, nous sommes surpris du peu d'ancienneté des premiers symptômes.

Bilton Pollard :

5 mois,	obs. 2 ;
3 »	» 4 ;
9 »	» 5 ;
9 » 1/2,	» 6 ;
2 »	» 7.

Littlewood :

8 mois,	obs. 3 ;
2 »	» 4 ;
12 »	» 6 ;

Quelques mois, obs. 10.

3 mois, obs. 11.

Morton :

5 mois, obs. 5.

Bakès :

7 mois, obs. 4 ;

7 » » 6 ;

6 » » 8.

Tout l'avantage d'une intervention dans de telles conditions saute aux yeux. Il semble vraiment que ces auteurs ont réalisé autour d'eux ces conditions meilleures qui assurent et garantissent leurs succès, et légitiment leur hardiesse.

L'intervention est pratiquée sur un terrain aussi bon que possible. Sans doute ces malades sont amaigris, fatigués, mais leur organisme ne se trouve pas dans cet équilibre instable que crée l'intoxication chronique. Il suffit de supprimer la tumeur pour les voir trouver en eux-mêmes toutes les ressources d'une guérison rapide qui dans quelques cas constitue une véritable résurrection.

Bakès insiste tout particulièrement sur l'état du cœur de ses malades. Pour cet auteur le moindre signe de fléchissement du côté de cet organe est une contr'indication à l'opération en un temps. Or il est incontestable que l'état du cœur est sous la dépendance immédiate de la durée et du degré de la sténose qui commande l'auto-intoxication.

B. Pollard n'ose encore se prononcer sur la gravité de l'opération, tant pour lui les conditions apparaissent simples chez des malades traités dès le début de leur affection.

D'où la nécessité, une fois de plus affirmée, d'un diagnostic précoce. Tout notre effort en étudiant longuement la symptomatologie des tumeurs du gros intestin tendait à ce but. Nous croyons avoir démontré que la tumeur est un signe relativement tardif ; à plus forte raison quand il s'agit d'obstruction ou d'occlusion.

Il est toute une série de signes subjectifs d'une réelle importance qui permettent un diagnostic de probabilité que l'exploration permettra presque toujours de confirmer.

B. Pollard, Cræmer (1) insistent tout particulièrement sur les troubles digestifs, qui constituent les premiers signes de la sténose.

Walsham (2) note plusieurs fois les indigestions sans cause et la perte progressive de poids, symptôme auquel il attache une très grande importance. C'est encore B. Pollard qui montre que la concordance des symptômes subjectifs et des symptômes physiques, constitue la certitude du diagnostic de cancer, quel que soit l'âge du sujet.

Le seul péristaltisme est pour Boas (3) un signe de cancer, c'est en tous cas un signe de sténose ; et pour Bakès, l'apparition de premiers symptômes de sténose n'est pas une contre-indication à l'opération en un temps. D'ailleurs, ni Littlewood, ni B. Pollard n'attendent l'apparition de la tumeur pour opérer (V. B. Pollard, Obs. V ; Littlewood, Obs. IV, VI, IX, X). Littlewood peut donc à juste raison dans son travail, renoncer à la distinction jusqu'ici classique des catégories de malades : avec occlusion ou sans occlusion, pour adopter une division plus satisfaisante puisqu'elle marque un progrès : 1^o les malades chez lesquels on sent une tumeur ; 2^o les malades qui n'ont pas de tumeur perceptible par les moyens ordinaires.

« Pour intervenir avec chances de succès dans la colectomie en un temps, dit Pauchet, le chirurgien ne doit pas attendre l'existence d'une tumeur perceptible au palper... »

Fickermann (4) pense qu'il se passe ordinairement trois mois au moins entre l'apparition des premiers symptômes et le moment où l'on sent la tumeur. Attendre la tumeur, c'est donc perdre au moins trois mois.

(1) CRÆMER, Diagnostic du cancer du gros intestin. *München.med. Wochenschr.* juin 1902, p. 993.

(2) WALSHAM, Remarks on the diagnosis a surg. treatm. of carcinomatous strict. of the colon. *Lancet*, 17 août 1901.

(3) BOAS, *Arch. f. Verdauungskrankheiten*, 1903.

(4) FICKERMANN, *Ueber das latente carcinom an der Flexura sigmoïdea*, Inaug. Diss. Münch. 1903.

A vrai dire, nous pensons qu'une exploration systématique, patiente et répétée nous permettra dans la grande majorité des cas de sentir une tumeur encore petite, peu accessible presque au début de son évolution ; seules peut-être les tumeurs de l'angle splénique échapperont-elles plus longtemps que les autres à cette recherche.

1. — Examen avec anesthésie.

Nous avons pu remarquer nous-même un grand nombre de fois au moment d'opérer et pendant la toilette de la paroi abdominale, combien, même à l'inspection, une tumeur jusque là de contour vague, arrivait à se manifester presque directement sous la peau. Nous ne saurions donc trop insister sur la nécessité d'une exploration sous chloroforme surtout au début du cancer du côlon. A cette période de l'évolution de l'affection, on n'a pas à craindre les dangers de quelques minutes d'anesthésie, et les avantages incontestables qu'elle procure en facilitant la palpation compensent largement ses inconvénients (V. obs. XX, p. 112 et XXIV, p. 137).

2. — Cœliotomie exploratrice.

Autant cette exploration reste grave chez les cancéreux avancés, autant son indication est nette au début de l'affection, dans ce dernier cas d'ailleurs, il est évident que l'on doit être prêt à intervenir pour une colectomie, si la cœliotomie confirme le diagnostic.

Dans le doute Walsham (1) n'hésite pas à faire la cœliotomie exploratrice. « Chez un malade, dit Pauchet, qui présentera des attaques passagères ou douloureuses de rétention fécale ou de coliques à point de départ *net, localisé, fixe* on fera la laparotomie exploratrice. Cette ouverture précoce permettra de reconnaître soit une bride péritonéale, soit un ulcère du gros intestin, soit un cancer au début. Ce dernier, en-

(1) WALSHAM, Carcinom of the colon. *Lancet*, 31 octobre 1903, p. 1213.

core limité, mobile et non adhérent sera facile à réséquer. »

Nous tenons à donner ici quelques observations, qui confirment ce que nous venons de dire. Elles montrent avec la plus grande évidence les dangers d'une simple ouverture de l'abdomen chez des cancéreux avancés. Peut-être dans ces derniers cas la narcose est-elle le facteur important en ajoutant une intoxication exogène à l'auto-intoxication déjà très marquée.

Chez un malade, la cœliotomie exploratrice nous permit de reconnaître une erreur de diagnostic, qu'une biopsie opportune pendant la proctoscopie nous eût certainement fait éviter (V. Obs. XIII, p. 76).

Obs. XLVIII. — H. HARTMANN. — *Carcinome de l'S iliaque et du cœcum. Coeliotomie exploratrice. — Mort.*

Madeleine L..., 47 ans, entre dans le service de notre maître M. Hartmann le 3 mars 1903 parce qu'elle présente des douleurs dans la fosse iliaque droite.

Depuis 18 mois la malade souffre dans le flanc droit. Cette douleur au début était passagère, peu vive et supportable. Elle augmentait au moment de la défécation et à l'occasion d'un effort, éternement, ou quand elle faisait un repas copieux. Le poids de la malade était alors de 155 livres. Au mois d'octobre 1904 arrêt brusque des règles et qui dure trois mois. Pas de changement dans la nature des douleurs. Mais la malade commence à maigrir, voit son appétit diminuer. Pas de nausées, pas de vomissements, pas de modifications du côté des seins. Le 1^{er} décembre métrorragie très abondante, surtout au bout de 10 jours et qui dure environ 3 semaines.

Le 10 décembre dans la nuit elle est prise d'un grand frisson. Vers 10 heures du matin elle ressent une douleur très vive dans la fosse iliaque droite sous forme d'élancement dont l'intensité augmente progressivement. Le médecin consulté prescrit des cachets de quinine et des injections chaudes, il semble d'ailleurs qu'à ce moment la température ait été assez élevée.

Dès lors la malade accuse une constipation opiniâtre : les selles ne sont obtenues qu'au moyen de laxatifs et de lavements. La douleur devient continue, principalement la nuit : elle reste localisée dans la fosse iliaque droite sans irradiations. Bientôt les vomissements apparaissent ; ils suivent aussitôt l'ingestion des aliments. La faim persiste, mais la malade ne mange pas de peur de souffrir. Chaque vomissements s'accompagne et est suivi de nausées.

Depuis le 20 décembre la malade n'a pas mangé de viande pour laquelle elle éprouve un invincible dégoût.

Elle a remarqué dans ses selles des filaments blanchâtres ; une fois même elle a vu des filets de sang.

On fait alors le diagnostic d'appendicite. Et depuis 6 semaines les crises qui sont continues présentent des paroxysmes qui reviennent tous les quarts d'heure.

La malade maigrit alors de 52 livres et depuis 2 mois elle garde le lit.

Depuis 3 semaines les douleurs sont devenues plus violentes encore. L'ingestion du lait même réveille des crises.

On ne trouve rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Dans ses antécédents personnels on note une fièvre typhoïde en 1885, le ver solitaire il y a 6 ans. Elle présentait également de violents maux de tête qui ont disparu au début de sa maladie.

Examen : 16 avril 1905. — Toucher vaginal : col utérin un peu irrégulier, bas situé à orifice regardant en bas et en arrière. Le corps est en antéflexion normale se sentant un peu au-dessus du pubis. En arrière du col, dans le cul-de-sac postérieur, se prolongeant latéralement on trouve des parties dures inégales et douloureuses à la pression.

Dans le cul-de-sac latéral droit, on perçoit une tension un peu vague, douloureuse du cul-de-sac. La tuméfaction, mal limitée remonte jusque dans la fosse iliaque droite.

Le ventre est plat, douloureux dans toute sa partie inférieure mais surtout à droite.

Opération, le 26 avril 1905 (M. Lecène). — Coelotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du ventre on constate que l'utérus et les annexes sont sains.

L'S iliaque est couverte de noyaux cancéreux et de plus sa paroi est infiltrée d'une masse néoplasique qui l'enserme en virole. Il existe sur le péritoine pariétal pelvien de nombreux noyaux cancéreux. De plus, le cæcum et l'appendice sont perdus dans un magma formé par une infiltration cancéreuse diffuse, développée en arrière et tout autour de la fosse iliaque droite. On referme sans rien tenter.

Suites opératoires. — La température s'élève à 38° et la malade meurt le lendemain de l'opération.

O bs. XLIX. — *Cancer du côlon ascendant avec perforation de la valve iléocolique, et perforation au voisinage de la tumeur. — Epithélioma alvéolaire cylindrique* (Observation déjà publiée par nous-même, en collaboration avec notre collègue G. Kuss, dans les *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, n° 5, mai 1905, p. 442).

Vve A..., 55 ans, entre le 23 avril dans le service de notre maître M. le Dr Hartmann, à l'hôpital Lariboisière, pour une tumeur abdominale.

Début il y a 15 mois par une douleur dans la fosse iliaque droite.

Fin juillet 1904, elle sent une douleur plus violente dans cette région et y reconnaît la présence d'une tumeur grosse comme un œuf. Depuis, cette

tumeur n'a cessé de s'accroître, et, actuellement, remplit tout le côté droit de l'abdomen.

Examen. — Inspection : tuméfaction nette de l'abdomen, étendue de la fosse iliaque jusque dans l'hypochondre gauche.

Palpation, dans le lit, à plat : mobilité relative ; celle-ci existe d'ailleurs surtout dans le sens latéral. Au pôle supérieur de la tumeur, on perçoit, quand on la fixe, une rénitence manifeste.

La tumeur ne prend pas le contact lombaire.

En position élevée du bassin : la tumeur sort complètement du bassin et prend contact avec le rebord costal.

On ne peut sentir un pédicule reliant la tumeur aux organes du petit bassin.

Toucher : col effacé avec cicatrice dans le cul-de-sac vaginal postérieur.

Insufflation rectale : le côlon est nettement perçu à gauche ; le cæcum dilaté est facilement percuté à droite de la tumeur et la sépare de la fosse iliaque.

Le côlon transverse passe en sautoir au-devant de la tumeur et près du pôle supérieur de la tumeur qui semble rétro-péritonéale.

Etat actuel : 2 mai. — La température s'élève à 38°2.

4. — Malgré un état général stationnaire, la température vespérale, qui, depuis 2 jours, a dépassé 38°, atteint aujourd'hui 40°.

9. — La température oscille autour de 39° depuis 4 jours.

A partir de ce moment jusqu'au jour de l'opération, la température reste élevée, toujours au-dessus de 38°.

Cet état fébrile, malgré l'hypothèse douteuse d'une « fièvre de néoplasme », paraît indiquer surtout par sa constance et son degré (40°1) qu'il existe un état inflammatoire, duquel doit dépendre en partie le volume même de la tumeur.

Diagnostic. — En présence de ces symptômes et de ces signes physiques, le diagnostic de tumeur du côlon ascendant ou de tumeur rétro-péritonéale fut posé, cancer dans le premier cas, sarcome dans le second, et le 19 mai, M. Hartmann pratiquait une cœliotomie exploratrice qui révélait l'existence d'une tumeur inopérable du côlon ascendant.

Notre malade meurt en état de collapsus le 20 mai, sans avoir présenté de nouveaux phénomènes du côté de son appareil gastro-intestinal.

AUTOPSIE. — Nous constatons que la suture à trois étages des différents plans abdominaux a parfaitement tenu ; pas de foyers de suppuration ; pas d'adhérences épiploïques à sa face profonde.

L'abdomen étant ouvert, nous trouvons une volumineuse masse occupant le flanc droit et constituée par le côlon et les anses d'intestin grêle agglutinées entre elles et formant tumeur.

Une ligature est placée sur la portion terminale de l'iléon, une autre sur le milieu du côlon transverse, et la masse est énucléée.

A ce moment, et en énucléant cette masse, nous ouvrons plusieurs gros

foyers de péritonite enkystée qui donnent issue à un pus jaune, épais, d'odeur infecte, fécaloïde.

Quant à la tumeur, elle est formée essentiellement par la portion terminale de l'iléon, le cæcum avec un appendice adhérent et presque fusionné à l'ampoule cæcale dont nous ne pouvons le détacher, le côlon ascendant et le tiers droit du côlon transverse. A cette masse principale adhérent, en arrière, une anse intestinale dont la lumière est colorée fortement en vert par la bile (quatrième portion du duodénum) et de volumineuses masses graisseuses d'une dureté spéciale, graisse sous-péritonéale ayant subi une sorte d'hyperplasie de défense et que l'examen histologique nous révélera être le siège d'une abondante infiltration leucocytaire. Nous étant débarassés de ces masses lipomateuses, nous incisons l'intestin, iléon, cæcum et côlon, tout le long de sa face antérieure. Immédiatement fait saillie et se présente à nous, une masse fusiforme, du volume d'une grosse orange, d'aspect spongieux, sessile, s'implantant sur le flanc gauche du côlon ascendant, mais n'oblitérant en rien la lumière du canal colique.

Le cæcum étant lavé, ainsi que le côlon, de son contenu, matières stercorales jaunes, de consistance mastic de vitrier, d'odeur horriblement fétide, nous pouvons étudier cette tumeur en chou-fleur dont la corticalité s'en va en bouillie sphacélée sous le filet d'eau qui la déterge. L'iléon, en sa portion terminale, le cæcum, le côlon ascendant très réduit dans sa hauteur, la moitié droite du côlon transverse s'enroulent, pour ainsi dire, autour du pivot constitué par la tumeur.

La masse principale, dont la corticalité a subi une modification partielle par sphacèle et infections secondaires, a son implantation sessile, très légèrement resserrée, en plein flanc gauche du côlon ascendant. Mais la paroi colique est largement infiltrée aux alentours de la tumeur principale qui est comme entourée de noyaux secondaires, dont le relief s'accuse à peine à la surface de la muqueuse.

La valve iléo-colique est envahie et perforée à sa partie moyenne ; au-dessus de la tumeur, au niveau de l'angle colique droit, siège une nouvelle perforation à l'emporte-pièce, de la grosseur d'une lentille et qui donne accès dans une petite poche purulente, juxta-intestinale, à parois constituées par du tissu lipomateux sous-péritonéal, tissu infiltré macroscopiquement.

Le reste de l'intestin grêle est libre ; mais l'S iliaque apparaît infiltré à la palpation et en l'enlevant en même temps que le rectum, nous rompons à nouveau une série de poches de péritonite purulente enkystée. Notons, toutefois, que le Douglas est libre de toute adhérence, ainsi que l'appareil utéro-annexiel. Les poches purulentes siègent surtout à gauche et en arrière ; pus ayant le même caractère que le pus péri-colique.

A l'ouverture de l'anse sigmoïde, nous notons la présence de noyaux cancéreux secondaires ; l'infiltration de la paroi intestinale ; l'aspect sphacélé de certains points de la paroi ; et sans qu'il y ait perforation à proprement parler, la présence en un point d'une vaste poche purulente, juxta-

intestinale, en forme de sac appendu à l'intestin et qui s'est creusée dans l'épaisseur d'une frange épiploïque qu'elle a distendu en même temps que la graisse de celle-ci s'organisait en cette sorte de tissu lipomateux, infiltration de défense et de réaction dont le rôle nous est aujourd'hui bien connu.

Rien aux autres organes.

Examen histologique. — La tumeur nous est apparue, sur des coupes colorées à l'hématoxyline-éosine, et pratiquées sur des fragments prélevés en différents endroits, comme un épithéliome cylindrique alvéolaire, à rang unique de cellules cylindriques ayant déterminé une véritable lipomatose de réaction. Néoplasme et tissu lipomateux étant abondamment infiltrés d'éléments leucocytaires, témoins d'infection secondaire. Celle-ci a provoqué le sphacèle et la modification de certaines parties de la tumeur en même temps que par un processus primitif, ou secondaire (abcès folliculaires) elle déterminait l'apparition de l'une au moins des deux ulcérations avec perforations observées : perforation colique, au-dessus de la tumeur et perforation de la valve iléo-colique qui paraît plus vraisemblablement due au processus néoplasique lui-même.

La conclusion qui s'impose de cette étude c'est que la qualité du terrain est un facteur essentiel, qu'il est en notre pouvoir de le chercher meilleur et qu'il dépend de la bonne volonté du médecin traitant, comme de nos connaissances cliniques plus parfaites, de traiter des malades au début de leur affection, c'est-à-dire résistants, non intoxiqués et dont l'intestin possède encore les qualités indispensables à une exérèse et à une suture satisfaisantes.

3. — Amélioration du terrain.

Nous pensons qu'il est bon de signaler les tentatives qui ont été faites dans ces dernières années pour augmenter sinon la résistance du malade, du moins celle de son péritoine, contre les produits si septiques du gros intestin.

Mikulicz (1), Borchardt (2) et Schmidt (3) ont cherché à

(1) MIKULICZ, XXXIII^e Congr. de la Soc. all. de chir.

(2) BORCHARDT, Experimentelle Unters. z. Frage der Erhöhung der natürl. Resistenz des Peritoneums gegen operativen Infektionen. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1^{er} décembre 1904, n^o 49, p. 1806.

(3) SCHMIDT, Intraperitoneale Serum und Kochsalzlösung-injektionen, etc. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1^{er} décembre 1904, n^o 49, p. 1807.

augmenter artificiellement la résistance du péritoine avant l'intervention par des injections hypodermiques ou intra-péritonéales de solutions salines ou de solutions d'acide nucléinique, ou enfin de sérum de cheval. Ces produits introduits dans l'organisme par une technique spéciale et au moyen d'un dispositif imaginé par Schmidt auraient la propriété d'augmenter dans une proportion très notable la leucocytose, et partant la résistance de la séreuse et de l'organisme à l'inoculation. C'est ce qui semble tout au moins résulter des expérimentations de ces auteurs et moins nettement de quelques essais sur l'homme pratiqués par Mikulicz.

§ 3. — Technique opératoire.

Bien des auteurs en traitant la question du cancer colique n'hésitent pas à poser les indications de la colectomie en un temps. Combien de fois avons-nous vu cette affirmation : « Quand il n'y a pas d'occlusion, et quand le cancer est limité et mobile, la colectomie en un temps est l'opération de choix. » Mais il nous semble que l'on n'a pas suffisamment cherché à réaliser les conditions d'une telle opération. Le nombre des malades en état d'obstruction et d'occlusion reste encore l'immense majorité. Nous ne voyons pas ces malades au début de leur affection : or chez la grande majorité d'entre eux, il est hors de doute que pendant une période assez longue, ils présentaient des troubles digestifs sans occlusion, une tumeur limitée et mobile : on a seulement laissé passer cette période vraiment chirurgicale.

Sur 106 malades atteints de tumeurs de l'intestin, Mikulicz (1) en compte 84, soit 80 0/0 qui présentent déjà des troubles graves au moment où il les voit pour la première fois ; 45 avaient des phénomènes marqués de sténose chronique ; 11 autres avaient de l'occlusion chronique et 28 étaient en

(1) MIKULICZ, *Loc. cit.*

état d'occlusion aiguë. Dans 22 cas seulement, soit 20 0/0 il n'y avait pas de phénomènes fonctionnels du côté de l'intestin ; mais dans tous les cas il y avait des symptômes intestinaux assez marqués pour permettre un diagnostic relativement facile.

De semblables constatations, nous ne craignons pas de le dire, sont de véritables accusations de négligence. A des affirmations théoriques préconisant la colectomie en un temps, nous voudrions voir se substituer enfin un effort pratique efficace pour renverser les chiffres de semblables statistiques. Ce jour-là vraiment la colectomie en un temps cessera d'être l'opération idéale mais théorique pour devenir l'opération de choix ; la colectomie en deux temps demeurera une excellente opération de nécessité, mais s'adressant précisément à une minorité. Et si nous insistons d'une façon toute particulière sur les admirables statistiques dont nous avons entrepris l'étude, c'est que l'occlusion y est rare.

Nous ne relevons l'occlusion que 4 fois dans les 14 observations de Littlewood, une seule fois sur les 7 observations de Bilton Pollard, et enfin pas une seule fois dans les 10 observations de Bakès. Il est évident que ces auteurs peuvent parler avec autorité de la colectomie en un temps ; et nous ne pouvons nous empêcher de voir dans de si belles séries autre chose que le simple hasard.

1° Généralités.

Ce qui était vrai pour la colectomie en deux temps, le reste à plus forte raison dans la colectomie en un temps.

Il n'est pas de précautions inutiles ; si elles doivent concourir à faire de cette intervention une opération extra-abdominale. « Le succès, dit B. Pollard, dépend de la minutie employée. »

Bakès, s'appliquant à écarter tous les éléments qui pourraient compromettre l'issue régulière de son intervention, parce qu'ils diminuent la résistance du malade ou l'exposent

à des complications, rejette la chloroformisation. Il lui substitue une méthode de narcose combinée qu'il a employée avec succès dans 110 laparotomies. Jamais de complications post-opératoires, ni même de vomissements. « C'est un vrai plaisir pour l'opérateur, dit-il, de voir les malades quitter la salle d'opération après de longues et pénibles interventions, dans un état psychique et physique parfait. »

Le malade enveloppé de flanelle est couché sur une table *thermophore*. Vingt minutes avant l'opération, on lui fait une injection hypodermique de 0 gr. 015 à 0 gr. 02 de chlorhydrate de morphine. L'opération commence à la faveur d'une anesthésie locale avec solution étendue (Infiltrationsanästhesie). L'abdomen est ouvert. Pour le temps suivant, incision du péritoine, exploration de l'abdomen et extériorisation de l'organe malade, on étourdit le patient avec 10, 20 ou 30 grammes d'éther. Tout le reste de l'opération s'effectue sans douleur aucune, sur un malade en pleine connaissance : si les manœuvres de traction sur les mésos, de libération, au cours de l'opération devaient déterminer de la douleur, on pourrait recourir à l'anesthésie locale, ou à quelques bouffées d'éther. Puis on achève l'opération par suture et pansement.

L'auteur a toujours obtenu un réveil tranquille après chaque emploi intermittent d'éther.

Enfin Bakès opère avec des gants de caoutchouc qu'il recouvre même de gants de fil, et il insiste sur la nécessité d'une asepsie rigoureuse.

Ce même souci hante B. Pollard, nous l'avons vu, et cet auteur ne craint pas d'entrer dans les détails les plus minutieux.

Nous ne reviendrons pas sur ces règles d'asepsie qui sont d'ailleurs devenues classiques, et dont l'application est courante dans les entéro-anostomoses et les gastro-entérostomies : manipulations extra-abdominales, précautions contre la contamination des doigts et du champ opératoire, emploi de deux séries d'instruments.

Bakès et B. Pollard conseillent avant la fermeture de l'abdomen, de grands lavages au sérum physiologique. Bien des chirurgiens et récemment encore Quénu, s'élèvent contre l'emploi de ces irrigations. Ils craignent de diffuser une infection peut-être encore purement locale. Mais il faut bien remarquer que dans ces cas, il ne s'agit pas encore à proprement parler d'infection, mais de simple contamination possible ; le lavage avec le sérum physiologique, et non, *ceci est capital*, avec une solution antiseptique qui prépare le terrain en mortifiant les tissus, est parfaitement défendable.

Drainage. — C'est affaire de préférence personnelle. En général les auteurs que nous étudions, s'inspirent pour employer le drainage ou le tamponnement, des circonstances mêmes de l'opération (V. B. Pollard, obs. II ; Bakès, obs. III et VI).

Pauchet pratique une contre-ouverture où il place un drain.

2^e Opération.

A. Incision. — Bakès, Littlewood, B. Pollard, Pauchet s'accordent pour adopter cette règle générale excellente, applicable à tous les cas en chirurgie intestinale et même abdominale, d'inciser sur la tumeur quand on la sent (V. Bilton Pollard, obs. II, III, IV, VI).

Si la tumeur n'est pas perceptible, si elle se dissimule comme le font si souvent les néoplasmes de l'angle splénique, ils s'inspirent des circonstances qui ont établi leur diagnostic. Ils n'hésitent pas à faire en cas de doute une cœliotomie médiane exploratrice sus ou sous-ombilicale (V. Littlewood, obs. VI, XI).

B. Extériorisation. — Une opération extra-abdominale comprend nécessairement un temps d'extériorisation.

Cette manœuvre peut être discutée, critiquée, rejetée même quand il s'agit de malades tels que ceux (et ils sont encore la majorité) justiciables seulement d'une colectomie en deux temps. Dans ce cas la libération d'adhérences pathologiques

ou anatomiques peut prolonger une opération qui doit être courte. Mais chez les malades des observations précitées, rien de semblable. Le malade est plus résistant, ou bien sa tumeur est encore petite et mobile, son énucléation facile. Cette extériorisation n'est compliquée que sur les segments normalement fixes du côlon. Et dans ce cas le clivage des fascia rétro-coliques est une manœuvre simple et rapide. Elle est d'ailleurs indispensable pour l'apposition ou la juxtaposition des deux bouts lors de l'entérorraphie (V. Bilton Pollard, obs. IV, V, VI, VII; Bakès, obs. I, V, V, VI, VIII).

Dans son observation IV, Bakès dut même mobiliser la presque totalité du côlon. Il s'agissait en effet d'un double cancer sur le côlon transverse et sur le côlon descendant. L'auteur mobilise le côlon descendant l'angle splénique et jusqu'à l'angle hépatique et parvient à amener les deux bouts au contact après résection de tout le segment intermédiaire, pour une anastomose latéro-latérale suivie de succès.

La mobilisation des angles du côlon sera facilement obtenue après ligature et section de leurs ligaments suspenseurs (B. Pollard, Pauchet).

« On peut amener dans la plaie, dit Pauchet, les angles droit et gauche du côlon en sectionnant les ligaments phréno-coliques gauche et droit et les cystico et hépato-colique. »

C. Coprostase. — Nous croyons devoir insister d'une façon toute particulière sur ce détail de technique.

La coprostase pour un contenu aussi septique que celui du gros intestin est indispensable. Il n'y a ici aucune comparaison à faire avec l'intestin grêle et l'estomac, dont le contenu est moins septique et de plus il est toujours facile de se préserver par des moyens élémentaires de l'irruption des liquides gastriques ou entériques.

Pour le gros intestin les choses se passent autrement. Le contenu semi-liquide, pâteux ou solide, peut être en certains cas si abondant qu'il inonde brusquement le champ opératoire. Par sa largeur, la lumière intestinale après section est difficile

à aveugler pendant le temps plus ou moins long de la suture.

Enfin, et ce n'est pas le moindre argument que nous ayons à faire valoir en faveur de la coprostase systématique, cette manœuvre favorise singulièrement la suture. Elle permet le rapprochement facile des bouts à suturer, par la prise que donnent les clamps sur les segments intestinaux. Elle égalise les surfaces de section en deux moitiés parfaitement symétriques. L'apposition toujours égale, constante, nous permet d'éviter toute cette série de petites manœuvres qui doivent tendre à replacer constamment les parois en bonne position. Faire la coprostase surtout dans cette suture intestinale, *c'est donc gagner beaucoup de temps tout en doublant notre sécurité.*

Comment doit-elle être faite ?

Nous nous adresserons encore à nos modèles en la circonstance, qui ne s'écartent pas d'ailleurs de la méthode ordinaire. Littlewood emploie les clamps de Doyen dont les branches sont garnies de caoutchouc ; B. Pollard fait de même et emploie le même instrument.

D. Résection de la tumeur. — La technique doit s'inspirer de cette règle générale en matière de cancer, qu'il faut réséquer largement sans jamais s'inquiéter à ce moment du rétablissement de la continuité intestinale.

C'est la meilleure condition pour être pratiquement radical et pour éviter ou tout au moins reculer la récurrence possible. A cette résection, presque exagérée, dirions-nous volontiers, Bakès trouve même des avantages.

1° C'est diminuer d'autant les chances de récurrences.

2° C'est enlever en bloc avec la tumeur la masse de matières accumulées en amont de la sténose : c'est donc assurer la netteté de la suture.

3° C'est pratiquer l'entérorraphie sur des parois normales, puisque c'est s'éloigner des régions où la paroi est physiologiquement et anatomiquement modifiée.

Ici encore d'ailleurs, les règles générales de résection

intestinale trouvent leur application normale et il n'y a pas lieu de les modifier.

E. **Entérorraphie.** — L'entérorraphie constitue, à notre avis, un des temps les plus importants de cette colectomie en un temps. Nous pensons qu'avec les conditions du terrain sur lesquelles nous avons antérieurement insisté, elle est le principal élément du succès ; et c'est pourquoi nous avons apporté à l'étude de la technique des partisans récents de la colectomie en un temps, une attention toute particulière.

LITTLEWOOD. — Littlewood emploie la méthode de Halsted. Il fait la coprostase au moyen des clamps de Doyen garnis de caoutchouc, et place les branches en coin de façon à empiéter sur le méso-côlon, et à faire obliquement la section de l'intestin et en coin celle du méso-côlon.

Il se sert pour les sutures d'une aiguille fine de Hagedorn et fait l'*entérorraphie circulaire et le bout à bout*.

Il commence la suture au niveau de l'attache mésentérique et suit la séro-musculaire sur la moitié de la circonférence avec du catgut 000. Il fait alors une suture circonférentielle de la muqueuse, par un surjet interrompu tous les deux ou trois points. Il achève alors l'entérorraphie par une suture séro-musculaire sur l'autre moitié de la circonférence intestinale. Les points sont arrêtés de temps à autre pour éviter le froncement et le rétrécissement secondaire de la lumière intestinale.

Quelques points assurent l'occlusion du méso-côlon par rapprochement des deux surfaces de section.

BILTON POLLARD. — « *L'anastomose bout à bout*, dit B. Pollard, *me paraît plus souvent indiquée sur le gros intestin que l'anastomose latérale.* »

Les deux bouts, après coprostase par les clamps de Doyen, sont rapprochés par un surjet interrompu à l'attache méso-colique. Cette suture comprend toutes les tuniques de l'intestin. L'auteur conseille de commencer la suture loin de l'attache méso-colique en un point où la séreuse est libre. L'aide maintient les bouts au contact. On fait ainsi d'abord les 5/6

de la circonférence en enfonçant l'aiguille d'abord dans la muqueuse, de dedans en dehors. Le dernier sixième est suturé, en enfonçant nécessairement l'aiguille d'abord dans la surface séreuse, de dehors en dedans. Ce dernier sixième doit tomber en un point où le revêtement séreux est complet, sans solution de continuité et par conséquent en un point où le second plan de sutures séro-séreuses peut le recouvrir exactement ; car c'est là un point faible.

Le premier rang de sutures est hémostatique, il doit donc être serré ; B. Pollard fait alors *un nœud d'arrêt à chaque point*, pour éviter de froncer et de rétrécir l'intestin.

Cette suture doit être parfaitement étanche ; il faut donc apporter tous ses soins à affronter exactement séreuse à séreuse et dans les points où le revêtement péritonéal vient à manquer, musculieuse à musculieuse. Il est d'ailleurs impossible, dans le dernier sixième de la suture, qui est faite alors de dehors en dedans, d'empêcher la muqueuse de faire hernie au niveau des points. Le temps délicat de la suture commence au niveau de l'attache méso-colique : il faut donc pour parer à ces difficultés, faire en sorte qu'à ce niveau la suture soit faite de dedans en dehors en passant l'aiguille de la muqueuse vers la séreuse. C'est dire que cette partie de la suture doit être comprise dans les 5/6 de la suture ininterrompue qui constitue le premier temps. Le deuxième rang de sutures *ne doit pas être perforant*. Les clamps peuvent être enlevés après le premier rang de sutures. Les tranches du méso-côlon doivent être suturées de façon à empêcher la hernie de l'intestin au travers.

MORTON. — Morton n'hésite pas dans quelques cas à faire la colectomie en un temps sans anus préalable. *Il fait toujours l'entérorraphie circulaire par le bout à bout*. L'auteur déclare se bien trouver de l'emploi de la bobine en os décalcifié de Mayo-Robson.

En cas de calibre inégal des deux bouts à suturer, il fait la section oblique du segment le plus étroit.

PAUCHET. — « Les cancers extirpables et non compliqués d'occlusion seront opérés en un temps. »

1^o Résection de l'intestin et du méso-côlon : le segment cancéreux doit être enlevé comme un sac à contenu septique. Pour cela, on évalue la longueur de l'anse à supprimer ; on écrase cette dernière à ses deux extrémités en tissu sain ; on lie la portion écrasée et on la sectionne au thermo-cautère, au ras des deux moignons. Par le palper, on apprécie la souplesse de l'intestin et on pratique l'excision à 5 centimètres au delà des parties indurées. Le mésentère sera sectionné avec soin, taillé en coin à base répondant à l'intestin : on ménagera les deux feuilletts de la séreuse de façon à péritoniser les ligatures et à les enfouir sous les deux lèvres méso-coliques. Si les ganglions ne rentrent pas dans le champ de la résection mésentérique, *ils peuvent être enlevés par une incision spéciale du feuillet antérieur du méso.*

2^o Rétablissement de la continuité de l'intestin : on peut reconstituer le canal intestinal soit par un abouchement bout à bout, soit par une entéro-anastomose. L'abouchement termino-terminal doit être précédé d'une toilette soignée des deux bouts coliques ; les franges graisseuses sont excisées pour ne pas gêner la coaptation séro-séreuse. On réunira en *trois plans* au fil de lin ou au catgut 000.

Mais combien préférable à l'abouchement termino-terminal dit Pauchet, est l'anastomose latéro-latérale. Les deux anses fermées en culs-de-sac par une suture en bourse, sont croisées et accolées par un surjet séro-séreux sur une longueur de 6 à 8 centimètres. On choisit pour l'accolement une bandelette colique qui offre plus d'épaisseur et de résistance. On crée ensuite la bouche anastomotique et on suture en deux ou trois plans. Le seul inconvénient de cette méthode *est d'exiger deux portions de côlon bien mobiles ; ce n'est pas le cas habituel.* Je sais bien que les incisions libératrices des angles coliques ou des feuilletts pariétaux donnent du jeu à l'intestin ; mais il faut péritoniser de nouveau ces surfaces cruentées et c'est là une perte de temps.

Il est incontestable que le meilleur mode de rétablissement du conduit intestinal est l'entéro-anastomose (iléo-colique). De cette façon on n'hésitera pas à exciser largement le côlon malade sans souci de faciliter le rapprochement ; l'anastomose à distance mettra d'ailleurs au repos les portions suturées.

BAKÈS. — Pour Bakès, il ne faut pas s'inquiéter de savoir comment on rapprochera les bouts à suturer. Ceux-ci seront écrasés, selon la méthode de Doyen, à l'entérotribe et fermés en cæcum. Toutes les tranches intestinales, y compris les collerettes résultant de l'écrasement seront cautérisées au thermo-cautère.

Dans les cas où une large résection a créé entre les bouts sectionnés et fermés une telle distance que leur apposition ne paraît pas possible sans traction, l'auteur tient pour constant que la mobilisation des angles du côlon, permet toujours une juxtaposition suffisante pour pratiquer même une anastomose latérale iso-péristaltique.

En cas de résection plus étendue du côlon, la continuité intestinale est rétablie par iléo-colostomie.

L'anastomose sera faite latéro-latérale iso-péristaltique, en utilisant les bandes coliques. Les sutures seront faites à la soie très fine (Wölfler). On doit apporter tous ses soins à l'étauchéité parfaite de la suture muqueuse. Celle-ci est doublée par un surjet circulaire séro-séreux, et le tout est recouvert par omentoplastie.

Bakès n'emploie le bouton de Murphy qu'en cas de nécessité. Après reposition des organes, il fait un lavage de la cavité abdominale au sérum.

Nous pourrions citer encore bien des auteurs, entre autres Cavaillon, qui dans sa thèse consacre un chapitre à la technique de la colectomie en un temps. Mais la plupart de ces auteurs n'indiquent la colectomie en un temps qu'à titre de concession à la technique idéale qu'ils ne décrivent que pour la rejeter ou ne l'employer qu'accidentellement.

Or, nous avons tenu à faire une étude essentiellement pra-

tique, nous adressant exclusivement aux chirurgiens qui ont l'expérience heureuse de cette intervention, et dont les succès peuvent donner confiance. Eux seuls peuvent nous donner l'enseignement pratique étayé sur des faits que nous cherchons, et que nous allons maintenant essayer de synthétiser.

3° Suites opératoires..

Il est nécessaire de poser dès maintenant, en quelque sorte le bilan de ces colectomies heureuses.

Nous les résumerons dans le tableau suivant :

AUTEURS	Nombre de cas opérés	SUITES IMMÉDIATES	SUITES ÉLOIGNÉES	RÉCIDIVES ou MÉTASTASES	TEMPS ÉCOULÉ après l'opération	MORTALITÉ
Little-wood.	8	5 guérisons 3 morts	Guérisons maintenues	0	22 mois 25 mois 15 mois	37,5 0/0
B. Pollard.	6	6 guérisons	Guérisons maintenues	0	4 ans 2 ans 1/2 2 ans 2 m. 9 mois 2 mois	0 0/0
Morton.	2	2 guérisons	1 guérison maintenue 1 vit encore avec récidive	 1 récidive dans la peau et la paroi, inopérable 11 mois après l'opération.	1 an	0 0/0
Pauchet (1)	7	6 guérisons 1 mort	3 guérisons maintenues	2 récidives	4 ans 30 mois 28 mois 18 mois	14,3 0/0
Bakès.	7	7 guérisons	1 mort de métastase, 2 ans 1/4 après. 6 guérisons maintenues	1 métastase 0. 0. 0. 0. 0. 0.	2 ans 1/4 2 ans 2 m. 2 ans 1 an 1/2 9 mois 6 mois 2 mois	0 0/0

(1) Voir le détail des observations à l'appendice, p. 203.

La statistique de Littlewood apparaît assez lourde, comparée à celle des autres ; mais nous rappellerons que les observations de ce chirurgien datent de 1903, à une époque où la colectomie en un temps ne donnait guère que des décès. Sa statistique globale (colectomies en 1 et 2 temps) comprend du reste, 14 colectomies avec 10 guérisons, soit une mortalité de 28,2 0/0.

Conclusions. — Toute la valeur d'un éclectisme pratique repose sur la recherche des points communs qui ont conduit ces auteurs au succès.

Aucun d'entre eux n'hésite à conseiller la résection large de la tumeur, sans s'inquiéter d'abord des moyens de reconstitution de la continuité intestinale.

Tous utilisent la mobilisation par glissement et clivage des fascia rétro-coliques pour obtenir l'apposition ou la juxtaposition des bouts à suturer. Tous apportent tous leurs soins à la suture muqueuse, dont ils recommandent la parfaite étanchéité.

Trois d'entre eux emploient l'entérorraphie circulaire termino-terminale et rejettent l'anastomose latéro-latérale à laquelle Pauchet et Bakès donnent la préférence.

Encore Pauchet décrit-il la technique de la termino-terminale. Il l'a même employée un certain nombre de fois. Et nous voulons croire qu'il a été impressionné par une série malheureuse pour n'en pas demeurer partisan ; sans doute il préfère l'anastomose latéro-latérale, mais cet auteur n'en fait-il pas lui-même presque aussitôt la critique en disant : « Le seul inconvénient de cette méthode est d'exiger deux portions de côlon bien mobiles ; ce n'est pas le cas habituel. Je sais bien que les incisions libératrices des angles coliques ou des feuillets séreux pariétaux donnent du jeu à l'intestin ; mais il faut péritoniser de nouveau ces surfaces cruentées et c'est là une perte de temps. » Et cet auteur en arrive à poser comme règle générale pour rétablir la continuité intestinale, l'emploi de l'iléo-colostomie ou de l'iléo-sigmoïdostomie.

Ainsi posée, cette indication nous paraît trop absolue et nous y reviendrons dans un instant. Nous retiendrons seulement pour le moment l'usage fréquent fait de l'iléo-colostomie par les deux chirurgiens qui préférèrent l'anastomose latéro-latérale à la termino-terminale, nous voulons dire Pauchet et Bakès.

Notons comme points particuliers de la technique de l'un ou l'autre des auteurs précités : la péritonisation des surfaces de glissement préconisée par Pauchet, la toilette des bouts intestinaux à unir dans la termino-terminale, par cautérisation et section des franges graisseuses (Pauchet, Bakès) ; enfin dans la termino-terminale la nécessité de faire de fréquents points d'arrêt pour éviter le fronnement et le rétrécissement de l'intestin (Littlewood, B. Pollard).

Enfin seul, Morton utilise la bobine d'os décalcifié de Mayo Robson.

La présence abondante de graisse au niveau de la suture fut peut être une cause de mort dans l'observation suivante. Une toilette plus soignée des bouts à suturer eût sans doute donné meilleur résultat.

Obs. L (H. HARTMANN). — *Cancer du côlon transverse avec accidents d'occlusion chronique. — Colectomie, entérorraphie circulaire — Mort.*

Mme L..., 58 ans, entre à la maison de santé le 22 août 1898, pour y subir l'opération projetée.

Elle présente, à ce moment, des accidents d'occlusion chronique. Le début de l'affection semble remonter au mois de février 1898, mais on constate déjà antérieurement une constipation habituelle, la malade restant, 4, 5 et même 8 jours sans aller à la selle.

En février 1898, crises de vomissements et de diarrhée pendant 4 jours, A la suite de ces phénomènes, il persiste de la céphalalgie, et un état très marqué d'accablement. Chaque matin, cette céphalalgie reparait et il est impossible à la malade de s'alimenter avant qu'elle soit allée à la garde-robe.

En mai 1898, première crise d'obstruction. Les gaz passent librement, lavements purgatifs, à la glycérine ; trois doses de 45 grammes d'huile de ricin, deux bouteilles d'eau de Rubinat. Enfin, au bout de 4 jours, évacuation.

Les selles redeviennent régulières, mais la malade souffre de temps en temps de petites coliques.

Vers le milieu de juin, les coliques deviennent très douloureuses : elles sont surtout marquées dans le côté droit du ventre. Purgatifs tous les trois jours.

Au commencement de *juillet*, deuxième crise d'obstruction : suppression des selles, mais non des gaz. Au bout de 7 à 8 jours, évacuation.

15. — Troisième crise d'occlusion.

17. — Vomissements verdâtres (7 dans une nuit).

L'état général est si mauvais que le médecin traitant se propose de faire faire le lendemain une opération d'urgence.

Mais le 18, il se produit une sensible amélioration ; les gaz, supprimés depuis le 15, recommencent à passer.

22. — L'occlusion redevient à nouveau complète. Les lavements et les purgatifs n'amènent aucun résultat. On donne des lavements nutritifs et l'on met de la glace sur le ventre.

27. — Nous trouvons la malade avec le ventre très ballonné et très douloureux. L'intolérance gastrique est absolue. Le malade ne peut avaler que des liquides aqueux, tout ce qui est alimentaire ne subissant dans l'estomac aucune élaboration.

Le malade déclare qu'elle a la sensation d'une tête d'enfant dans le flanc droit. Toute exploration est impossible, du fait du ballonnement et de la douleur : la palpation et même la percussion un peu forte sont intolérables. La fosse iliaque gauche est plus sensible que la droite : mais le maximum de la douleur siège dans la région épigastrique, où la moindre pression détermine des nausées. Le soir du même jour, on donne un premier lavement d'huile d'olive tiède. Au bout de 4 heures seulement la malade rend la valeur d'un verre de liquide teinté en noir.

28. — Au matin, nouveau lavement d'huile. La malade rend, quelques heures après, des petites matières dures ovillées et recouvertes de stries de sang rouge. Un peu plus tard, il s'écoule par l'anus, sans coliques, une espèce de mayonnaise composée de matières délayées par l'huile. L'évacuation semble complète : le ventre redevient souple et indolore, sauf dans la région épigastrique.

Si l'on palpe avec soin le ventre au-dessus de l'ombilic, sur une ligne qui rejoint l'appendice xiphoïde, on remarque que la zone douloureuse commence à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, s'étendant sur une hauteur de trois travers de doigt ; elle déborde la ligne xipho-ombilicale sur 2 centimètres à gauche et 5 centimètres à droite environ. A gauche, la pression cesse brusquement d'être douloureuse ; à droite, au contraire, la douleur s'étend, en s'atténuant progressivement, vers l'hypocondre et le flanc. Elle disparaît complètement sur une ligne verticale passant par l'épine iliaque antérieure et supérieure. La pression en ces points détermine toujours des nausées.

Du 28 *juillet* au 12 *août*, l'état se maintient satisfaisant. La malade mange de bon appétit.

12 *août*. — Survient une occlusion complète ; suppression absolue des

gaz. Le ventre se ballonne immédiatement et devient douloureux. Vomissements bilieux (8 dans la nuit du 12 au 13).

14. — A 4 heures du soir T. 38° 4.

On se résout à la nécessité d'un anus artificiel pour le lendemain.

Mais quelques heures plus tard, après deux lavements d'huile, il se produit une évacuation complète. Et sauf au creux épigastrique, le ventre redevient souple et indolore.

L'intolérance gastrique persiste : on soutient la malade avec des lavements alimentaires.

20. — Quelques glaires sanguinolentes à la fin d'une garde-robe. On note du clapotement stomacal.

OPÉRATION, le 24 août 1898 (M. Hartmann ; aides : M. Fredet et M. le docteur Audiau). — Incision médiane sous-ombilicale. La paroi abdominale est surchargée de graisse : les muscles sont atrophiés.

On ne voit aucune tumeur. Mais en palpant le côlon transverse vers son milieu, on sent une induration probablement néoplasique.

L'épiploon, très gros, se ramasse en bas en une bride qui va adhérer au contour antérieur du bassin. Section de cette partie adhérente. Libération et excision de la partie qui est située au-dessous de la ligature. Nous dissocions, au milieu de la graisse épiploïque, la portion du côlon cancéreuse. Des pinces sont placées et l'on pratique la colectomie : double surjet dont un total et un séro-muscleux, musculo-séreux.

Malheureusement la masse de graisse est si considérable qu'il est difficile de savoir exactement où passent les fils ; une pince écrasante, en réduisant la graisse nous aurait peut-être rendu service.

Fermeture de l'abdomen à deux étages.

Suites opératoires. — Le soir, T. 37° 6. Pouls, 100. On fait deux injections de sérum de 500 grammes chacune. Le soir, deux vomissements.

25. — T. 38° 6 le matin et le soir. Pouls, 110 et 120.

Champagne, eau de Vichy. Deux vomissements. A 5 heures du soir on renouvelle le sérum.

26. — T. 37° et 37° 8. Sérum, 400 grammes.

27. — T. 38° et 38° 2. Pouls, 120 et 130. Sérum, environ 1.000 grammes. On donne un lavement boriqué qui est rendu très sale. La malade rend quelques gaz.

28. — T. 38° 5 et 38° 6. Pouls à 130.

Il se produit une garde-robe spontanée. La malade est très oppressée on fait une piqûre de caféine. Mort dans la nuit.

§ 4. — Discussion.

Sous l'influence des progrès incontestables de la chirurgie intestinale, et nous voulons dire ici surtout la chirurgie du grêle ou en est venu, surtout en France, à rejeter peu à peu

complètement la suture termino-terminale, pour lui préférer la suture latéro-latérale. Cette évolution était logique et nous reconnaissons l'incontestable supériorité de ce mode d'anastomose dans la chirurgie du grêle.

La chirurgie du côlon a-t-elle à gagner à la généralisation de cette méthode, et de l'extension systématique de la suture latéro-latérale au traitement du côlon ? Nous ne le croyons pas.

Il ne faut pas oublier, en effet, que le traitement du cancer du côlon en est encore à ses débuts et que toute généralisation trop théorique exposerait (et ne l'a-t-elle pas déjà fait ?) à de cruels mécomptes.

L'anastomose latéro-latérale n'est pas toujours possible sur le gros intestin, du fait même de la fixité anatomique du côlon ; et Pauchet nous le dit, lui-même, la mobilisation doit être étendue et c'est une perte de temps.

Qu'arrive-t-il ? Les partisans de l'anastomose latérale à outrance, feront l'iléo-colostomie toujours, ou même une iléo-sigmoïdostomie, sinon une iléo-rectostomie. Si chacune de ces opérations a ses indications, il n'est pas prouvé que l'anastomose iléo-colique adoptée systématiquement soit l'idéal et ne présente pas quelques inconvénients qu'il serait peut-être possible d'éviter par une autre méthode.

A. Anastomose latéro-latérale. — Nous pensons que l'anastomose latéro-latérale sur le gros intestin doit être rejetée malgré les succès de Bakès qui, d'ailleurs, 7 fois sur 10 fait une iléo-colostomie.

L'anastomose en canon de fusil, plus mauvaise encore comme type d'anastomose latérale ne sera jamais employée (V. obs. XXV, p. 142).

Nous nous expliquons.

Le besoin d'un rapprochement et même d'une juxtaposition des deux segments du côlon pourra faire ménager la résection de l'anse malade : or en matière de cancer il faut songer à l'avenir aussi bien qu'au présent.

L'argument d'une bouche de communication facile et large dans l'anastomose latéro-latérale, ne vaut plus pour le côlon, dont la surface de section paraîtra toujours plutôt trop large lorsqu'on fera la termino-terminale. Cet avantage réel pour l'intestin *grêle*, n'en est plus un pour un *gros* intestin.

Mais l'anastomose latéro-latérale colo-colique a des inconvénients beaucoup plus graves, *vrais surtout pour la seconde moitié du côlon*. La nature du contenu diffère essentiellement du contenu du grêle ; dans le côlon les matières pâteuses, solides, moulées dans les « haustra » condamnent, à notre avis, l'anastomose latérale. Qu'on imagine en effet le boudin stercoral progressant dans le côlon sous l'influence des contractions péristaltiques. Quand il arrive au niveau de l'anastomose ce corps solide ou semi-solide poussé d'arrière en avant, se dirige nécessairement suivant l'axe de l'intestin.

Fatalement il s'engagera, non dans la bouche latérale, mais vers le cæcum du segment afférent. Il vient donner de la tête contre le fond de ce cul-de-sac. Avant que les matières parviennent à s'engager dans la bouche anastomotique, avant qu'elles se soient décidées à suivre le trajet en ligne brisée, qui s'ouvre devant elles, elles s'accumuleront dans le néo-cæcum, le distendront, nuiront à la bonne qualité des sutures et pourront les compromettre, avant qu'une stagnation, une fermentation, les aient suffisamment liquifiées. Nous connaissons au moins une observation de ce genre (Zimmermann) (1) où cette distension fut constatée à l'autopsie. Il s'agissait même dans ce cas d'une iléo-colostomie. Combien à plus forte raison ces accidents se produiront-ils avec les matières solides du gros intestin.

Obs. LI (*Résumée*). — ZIMMERMANN (Ueber Operationen und Erfolge der Dickdarmresektion wegen carcinom. *Beitr. f. klin. Chir.*, 1900, XXVIII, p. 303).

Jacob X..., cultivateur, 43 ans, entré le 2 novembre 1899. Cancer du cæcum

(1) ZIMMERMANN, *Loc. cit.*

et du côlon ascendant avec abcès ; 1^o incision ; 2^o entéro-anastomose ; 3^o résection de l'intestin. Mort.

En août 1899 douleurs dans la région iléo-cæcale ; constipation.

Fin octobre. — Tumeur très douloureuse dans l'hypogastre droit.

Etat actuel. — Amaigrissement ; météorisme, surtout marqué à droite, où la peau est rouge et brillante. Douleurs très nettes à ce niveau et fluctuation.

1^{re} OPÉRATION, le 3 novembre. — Incision et drainage.

Etablissement d'une fistule pyo-stercorale.

21 janvier : 2^e OPÉRATION. — Entéro-anastomose : iléo-colo-entérostomie.

Persistance de la fistule, qui finit par se transformer en véritable anus artificiel.

14 février : 3^e OPÉRATION. — Résection intestinale et suture. Mobilisation du cæcum et de la partie inférieure de l'iléon. Fermeture de ce dernier au-dessous de l'anastomose établie antérieurement. Mobilisation du côlon ascendant jusqu'à l'angle hépatique. Section du côlon. Fermeture par suture de ce dernier au-dessous de l'anastomosé. Fermeture de la paroi.

22. — La cicatrisation suit son cours normal.

25. — Après une élévation progressive de température coïncidant avec une otite moyenne droite, grippale, le malade entre en collapsus et meurt à 7 heures du soir.

AUTOPSIE. — Abdomen distendu. Adhérence des anses de l'intestin grêle à la paroi antérieure de l'abdomen. Au niveau de l'anastomose on trouve un peu de pus liquide ; du bout du côlon transverse, fermé en cæcum, s'égoutte en un point un peu de liquide stercoral. Le cul-de-sac terminal de l'intestin grêle présente une longueur de 10 centimètres environ : il est rempli en partie de matières stercorales.

Examen histologique. — Cancer à cellules cylindriques typique.

Il en est de même à plus forte raison dans l'anastomose latérale en canon de fusil que nous rejetons absolument (V. obs. XXV).

Nous ne pouvons éviter ces accidents que de deux façons : ou bien nous devons conserver à l'intestin sa direction primitive en plaçant exactement les deux bouts dans le prolongement l'un de l'autre et nous aurons alors la suture termino-terminale par entérorraphie circulaire ; — ou bien nous devons assurer aux matières une fluidité telle que celles-ci s'accommodent indifféremment d'une bouche latérale : c'est ce que nous obtenons par l'iléo-colostomie.

B. Iléo-colostomie. — C'est une excellente opération, mais

que nous ne croyons pas devoir systématiquement appliquer à tous les cas de résection. L'iléo-sigmoïdostomie, l'iléo-rectostomie aboutissent nécessairement soit à une résection presque totale du gros intestin, soit à une exclusion unilatérale de celui-ci, et nous savons (V. note de la p. 97) que celle-ci n'est pas sans inconvénients à cause de l'anti-péristaltisme.

Si donc une résection a porté sur la seconde moitié du gros intestin, nous tenterons par mobilisation une suture termino-terminale dans l'axe, qui assurera la progression régulière des matières solides de cette portion de l'intestin, et nous ne ferons l'iléo-sigmoïdostomie ou l'iléo-rectostomie, qu'en cas d'absolue nécessité.

Au contraire, s'il s'agit d'une résection ayant porté sur le côlon ascendant ou même sur la flexure hépatique, l'anastomose termino-terminale trouve-t-elle les mêmes indications? Non assurément.

Il n'y a pas intérêt à laisser au-dessous d'une réunion intestinale, le cæcum où se déverse le contenu liquide de l'intestin grêle, quand il est facile par une résection en masse du cæcum, et du côlon ascendant sous-jacent, de reporter un peu plus loin sur le côlon les matières fluides du grêle par une iléo-colostomie rationnelle.

Nous ne voudrions pas affirmer ici la parfaite inutilité du cæcum. Une observation publiée récemment par Macewen (1) semblerait démontrer le rôle joué par cet organe. Un malade, à la suite d'une explosion, perd la paroi antérieure du cæcum et de l'appendice. On put étudier à leur niveau, leurs fonctions très spéciales, semble-t-il. Le cæcum et l'appendice sont le siège d'une sécrétion profuse de suc intestinal, originaire des glandes de Lieberkühn si nomreuses que contient la muqueuse cæcale et appendiculaire. Cette sécrétion augmente au moment où le contenu intestinal est déversé à travers la valvule iléo-cæcale, qui d'ailleurs possède un rôle de conten-

(1) MACEWEN, *The canadian practitioner and Review*, 1905, t. XXX, p. 26.

tion réflexe analogue à celui du pylore, et qui ne verse le contenu intestinal dans le cæcum que par petite quantité quand le contenu cæcal a été saturé par le suc intestinal. Pendant ce temps le cæcum est le siège de mouvements qui brassent son contenu et le ramènent au fond de l'organe et vers l'orifice appendiculaire.

Si donc le cæcum est cet organe de sécrétion semblable à un estomac dans la continuité de l'intestin, il est encore le dernier organe important d'absorption, et le premier organe de résorption de l'eau des matières. C'est à son niveau qu'elles commencent à se concentrer, à s'épaissir, à devenir pâteuses, L'utilité même du cæcum devient dans ce cas une contr'indication à l'anastomose colo-colique latérale et une indication de l'anastomose latérale iléo-colique. C'est en réalité substituer à une colectomie, une résection iléo-cæco-colique. On se rapproche des conditions si particulièrement favorables de la résection iléo-cæcale dont on connaît la bénignité relative.

C'est l'opinion formulée par Friedrich (1), et Frederick D. Bird (2). Indépendamment de la gravité moindre de l'opération, malgré la mobilisation de tout le segment ascendant du côlon et sa résection, il est incontestable que l'iléon doit à sa mobilité, de pouvoir être toujours facilement juxtaposé et anastomosé même au côlon transverse. Il est bien entendu que l'anastomose sera toujours iso-péristaltique. Il vaut mieux dans ce cas enlever un organe même utile, mais dont la fonction peut nuire à la qualité de sutures intestinales situées en aval, et faire une ablation plus étendue d'un segment intestinal qui assure une bonne anastomose iléo-colique. C'est la théorie du moindre mal, mais elle trouve ici, comme souvent en chirurgie, son application.

C. Anastomose termino-terminale. — Il nous reste fort peu de chose à en dire. Nous l'avons opposée à l'anastomose laté-

(1) FRIEDRICH, *Loc. cit.*

(2) FREDERICK D. BIRD, *Loc. cit.*

rale et à l'anastomose iléo-colique. Nous avons dit les raisons qui nous la faisaient préférer.

Nous rappellerons que nécessitant seulement une apposition et non plus un chevauchement étendu, elle autorise une résection plus large du cancer, et une mobilisation moins étendue des segments afférents et efférents.

Elle est enfin plus rapide que l'anastomose latérale, si elle est plus délicate.

Nous ne croyons pas que défendre la termino-terminale soit retarder les progrès de la chirurgie intestinale.

L'anastomose latéro-latérale est un perfectionnement dans la chirurgie de l'estomac et du grêle. Nous croyons fermement que la termino-terminale est un progrès dans la chirurgie colique. Or il ne faut pas oublier, et les observations malheureuses sont assez nombreuses pour nous le rappeler, que la chirurgie du côlon diffère essentiellement de celle de l'intestin grêle.

Parmi les procédés de termino-terminale, nous donnons la préférence à celui de B. Pollard. Pour être plus délicate sa méthode nous apparaît la plus logique et la plus sûre. Ce chirurgien réduit au minimum les chances d'infection en faisant sa suture presque entière de dedans en dehors : cette façon de faire attire vers la lumière de l'intestin, le bourrelet de la suture et détermine à sa surface extérieure une première coaptation séro-séreuse. Il est évident que pour achever la circonférence on doit faire quelques points de dehors en dedans, mais l'auteur a soin, de ne faire cette dernière partie de la suture qu'en un point assez éloigné de l'attache méso-colique pour que le second plan de sutures séro-séreux soit absolument parfait à ce niveau.

Nous retenons également cet important détail de technique : il faut arrêter très souvent les points du surjet pour ne pas froncer et rétrécir l'intestin. Cette simple précaution nous paraît en effet très suffisante et nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire d'employer comme l'a fait Morton, la bobine en os

décalcifié de Mayo Robson. Celle-ci, dans des cas difficiles ou un peu anormaux pourra peut-être trouver son application.

Nous ne pensons pas non plus, qu'il soit nécessaire par crainte de rétrécissement d'associer, comme l'a fait Brin (d'Angers) (1), une iléo-sigmoïdostomie à l'anastomose termino-terminale. Nous avons déjà dit ce que nous pensions de cette opération de luxe, qui expose le malade en prolongeant l'opération. Il vaut mieux prendre les précautions voulues pour éviter le rétrécissement : et cela dépend de la bonne facture de l'anastomose termino-terminale.

L'emploi du bouton sera rejeté en chirurgie colique. Tout au plus en cas de nécessité pourra-t-on en faire usage dans l'iléo-colostomie. Et dans ce cas on procédera à son application comme l'ont conseillé Meinhardt-Schmidt (2), Arthur (3) et Pauchet (4). Ces auteurs jettent dans la cavité des anses à anastomoser les deux pièces du bouton. Les bouts sont fermés en cæcum. Puis on fait saillir à travers les tuniques la tige du bouton et l'on incise au thermo sur la saillie ; il ne reste plus qu'à articuler.

§ 5. — Indications opératoires.

Elles se résumeront en deux mots : il y a lieu de diviser au point de vue de la colectomie en un temps, le côlon en deux moitiés. Nous avons déjà antérieurement établi cette division au point de vue clinique.

Sur la première moitié du côlon nous verrons de grosses tumeurs ; elles seront réséquées largement par l'ablation de tout le segment ascendant du côlon y compris le cæcum. La continuité intestinale sera logiquement rétablie par anastomose latérale iléo-colique.

(1) BRIN (d'Angers), *loc. cit.*

(2) MEINHARDT-SCHMIDT, *Zweiier technische Vorschläge zur Magen Darmchirurgie. Centr. Bl. f. Chir.*, Leipzig, 1901, p. 96.

(3) ARTHUR, *Annals of surgery*, Phil., 1901, t. II, p. 207.

(4) PAUCHET, *Techn. du bouton de Murphy dans quelques opér. gastro-intest. Arch. prov. de chir.*, janvier 1906, p. 52.

Sur la seconde moitié du côlon où nous verrons plus souvent des squirrhes limités et mobiles, nous ferons sans doute une résection suffisamment large. Mais nous donnerons avec Littlewood, B. Pollard et Morton, la préférence à l'entérorraphie circulaire par termino-terminale, qui assurera la progression régulière de matières solides ; nous laisserons ainsi le malade profiter de tout le segment sus-jacent de son gros intestin, sain au demeurant et qui ne doit pas être considéré *a priori* comme un organe rigoureusement inutile. En nous rapprochant de la nature, nous éviterons l'exagération et l'erreur.

APPENDICE

Obs. LII (PAUCHET (1), obs. 1). — *Cancer du côlon ascendant. — Incision libératrice du péritoine pariétal droit, section des ligaments phréno-coliques droits. — Résection colique. — Abouchement termino-terminal. — Guérison.*

Homme, 63 ans ; coliques et glaires depuis 18 mois. Masse perceptible au palper à droite.

Laparotomie verticale latérale. Incision du péritoine pariétal au ras du côlon, section des ligaments phréno et cystico-coliques. Le gros intestin se laisse amener hors du ventre sur une grande longueur. Résection allant à 5 centimètres en deça et au delà des tuniques indurées. Abouchement termino-terminal. Extirpation de quelques ganglions. Drainage latéral avec tube par contre-ouverture lombaire.

Guérison en 20 jours.

Guérison depuis 4 ans. Mais épithélioma de la joue, non opéré et dont le malade mourra d'ici peu.

Obs. LIII (*Id.* obs. 2). — *Cancer de l'angle gauche du côlon. — Résection de 17 centimètres. — Iléo-sigmoïdostomie. — Guérison.*

Femme, 57 ans. Hémorragies intestinales (rouges) et glaires depuis 4 mois. Pas de signes d'occlusion.

Au palper, masse assez mobile qui doit tenir à l'intestin.

Laparotomie médiane. Débridement des ligaments coliques gauches et du méso-côlon. La masse est énorme, longue de 18 centimètres, et grosse comme le poing. Ligature en bourse des bouts coliques. Iléo-sigmoïdostomie avec un gros bouton de Murphy. Epiplooplastie latérale. Contre-ouverture lombaire et drainage. Guérison en 3 semaines.

Récidive deux ans après. Mort 30 mois après l'opération. Le malade avait éliminé le bouton au huitième jour, mais après des coliques assez fréquentes.

(1) Ces observations inédites nous ont été communiquées par M. le Dr Pauchet d'Amiens) que nous tenons à remercier tout particulièrement.

Obs. LIV (*Id.* obs. 3). — *Cancer du côlon sigmoïde. — Occlusion chronique. — Résection: suture latéro-latérale; péritonite par perforation au niveau de la suture. — Mort.*

Homme, 68 ans; signes d'occlusion chronique depuis 8 mois, encore résistant. Rien au palper. Laparotomie: résection de 12 centimètres de côlon. Abouchement bout à bout soigné, en 3 plans après excision des franges graisseuses. Débâcles abondantes après l'opération. Péritonite le 5^e jour. Perforation due aux matières qui encombraient le côlon descendant et transverse et qui ont dû infecter la suture.

Obs. LV (*Id.* obs. 4). — *Cancer du côlon sigmoïde. — Absès péricolique. Hystérectomie. — Colectomie. — Fistule stercorale. — Guérison.*

Femme, 35 ans. Accidents abdominaux pris pour de la salpingite gauche. Au toucher: masse douloureuse autour de l'utérus. Diagnostic: pyosalpinx gauche.

Laparotomie; hystérectomie abdominale sus-vaginale pour aborder la collection purulente. Celle-ci, à pus très fétide, est d'origine intestinale. Cancer ulcéré du côlon sigmoïde sur une longueur de 9 centimètres. Résection. Abouchement terminolo-latéral. Fistule stercorale sus-pubienne pendant trois semaines et qui se ferme spontanément. La fistule stercorale a été précédée d'une abondante débâcle de matières, mais la fistule est due à l'infection de la suture par le milieu forcément septique où l'on a opéré (38°5 au moment de l'opération).

Obs. LVI (*Id.* obs. 5). — *Cancer de l'angle droit du côlon. — Iléo-sigmoïdostomie, fistule. — Récidive dans la cicatrice et occlusion 28 mois plus tard.*

Homme, 70 ans. Douleurs intermittentes abdominales, jamais glaires ni sang. Tumeur sous le rebord costal droit.

Résection, après débridement péritonéal paracolique, de 12 centimètres. Drainage latéral par contre-ouverture sur la ligne axillaire. Iléo-sigmoïdostomie au bouton.

Absès de la paroi au niveau du bout colique suturé en bourse. Fistulette qui dure 15 jours. Guérison qui dure 28 mois. Mort sans nouvelle opération.

Obs. LVII (*Id.* obs. 6). — *Cancer colique. — Colectomie. — Colorraphie bout à bout. — Fistule stercorale. — Occlusion par adhérences inflammatoires. — Anastomose iléo-colique au bouton. — Nouvelle occlusion. Mort tardive.*

Femme, 36 ans. Tumeur du côlon ascendant. Colectomie large après débridement péritonéal. Section de l'intestin à 5 centimètres des tuniques

indurées. Suture bout à bout après une toilette soignée des deux extrémités libres. Contre-ouverture latérale sur la ligne mamelonnaire. Absès de la paroi. Fistule. 4 semaines après, occlusion aiguë.

Iléo-sigmoïdostomie au bouton Meurt 4 mois plus tard d'une nouvelle occlusion.

Obs. LVIII (*Id.* obs. 7). — *Colectomie de l'angle gauche. — Guérison.*

Homme, 42 ans. Douleur dans le flanc gauche. Hémorragie il y a 6 mois. Constipation et diarrhée.

Laparotomie médiane. Débridement péritonéal latéral du méso-côlon ascendant. Mobilisation extrêmement étendue. Résection de 14 centimètres. Iléo-sigmoïdostomie. Suture au fil de lin. Contre-ouverture lombaire.

Guérison en 18 jours.

Pas de récurrence depuis 18 mois.

CONCLUSIONS

L'étude rationnelle du cancer du côlon conduit à penser que le diagnostic précoce de cette affection est possible, et que par conséquent la cure opératoire en doit être tentée dans ces conditions logiquement, légitimement avec des garanties de succès durable, sinon définitif.

Il existe une symptomatologie du cancer du côlon avant l'obstruction ou l'occlusion dans l'immense majorité des cas :

1. — L'*exploration clinique* permet de préciser et de confirmer un diagnostic de probabilité déjà établi sur les symptômes subjectifs.

L'*inspection* nous révèle : le météorisme et surtout le météorisme local, les ectasies cæcales qui sont un bon signe de début. Elle nous permet de surprendre le péristaltisme qui est pathognomonique de la sténose.

La *palpation* méthodique peut atteindre le côlon dans presque tous ses segments. Elle révèle souvent la tumeur, réveille la douleur, et permet d'apprécier d'une tumeur sa forme, son volume et sa mobilité. Deux causes d'erreur, doivent être retenues : les tumeurs du côlon *ballottent* dans l'espace costiliaque comme une tumeur rénale ; leur volume peut être augmenté par la *contracture* segmentaire, douloureuse et intermittente.

La palpation bi-manuelle est surtout indiquée dans les cancers du côlon pelvien.

La *percussion* est surtout utile pour reconnaître un météorisme local, une ectasie cæcale au début.

Le *toucher rectal* ne doit jamais être négligé, surtout chez la femme. Il doit être le premier temps d'une endoscopie rectocolique.

L'*endoscopie recto-colique*, mérite mieux que l'indifférence, qu'on lui marque surtout en France. Elle est une exploration, simple, pratique, précise, qui permet le contrôle direct de la vue sur l'état des muqueuses rectale et colique inférieure, sur la présence d'une tumeur recto-colique ou colique inférieure, sur le siège élevé d'une entérorragie, ou d'un écoulement saigneux ou purulent. Elle facilite une biopsie et le sondage du côlon.

L'*insufflation recto-colique* fixe la topographie du côlon et le siège d'une tumeur abdominale par rapport au côlon.

Le *sondage* est difficile, inconstant, mais peut servir au cathétérisme direct grâce à la proctoscopie, de rétrécissements recto-coliques.

La *radiographie* nous a rendu de grands services dans le diagnostic du siège d'un néoplasme, de la situation du côlon surtout pelvien, et de l'origine de fistules pyo-stercorales du côlon.

2. — Le traitement chirurgical est d'autant plus efficace qu'il est précoce.

Il comprend l'anus d'attente en cas d'occlusion, et les opérations palliatives, telles que l'anus artificiel définitif, l'entéro-anastomose et l'exclusion en cas de tumeurs inopérables.

L'exclusion peut être aussi une opération d'attente dans des tumeurs compliquées d'inflammation péri-colique, jugées inopérables mais susceptibles de régression et d'exérèse radicale après la mise au repos du néoplasme.

a) Les *exérèses* comprennent la colectomie en un ou plusieurs temps.

La grande majorité des malades sont *actuellement*, depuis trop longtemps, en puissance de cancer et de sténose : presque tous sont en état d'obstruction chronique ou d'occlusion : la colectomie en deux temps trouve dans ces cas son indication précise et nécessaire.

b) Si la colectomie en deux temps constitue une excellente opération de choix, elle demeure encore une opération de né-

cessité. L'opération idéale serait la colectomie en un temps.

Est elle possible ?

L'étude et l'analyse d'un certain nombre d'observations *récentes* permettent de l'affirmer. Mais dans ces cas, le diagnostic fut toujours relativement très précoce et la technique préconisant l'anastomose termino-terminale pour la deux ième moitié du côlon, et l'anastomose iléo-colique pour la première moitié, paraît la meilleure et la plus sûre.

Le diagnostic précoce est donc la condition essentielle, d'une opération logique, radicale, facile, et heureuse.

Vu :

Le Président de la Thèse,
POIRIER.

Vu :

Le Doyen,
M. DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7

PREMIÈRE PARTIE

EXPLORATION CLINIQUE DU COLON

CHAPITRE PREMIER. — Inspection.	12
<i>Météorisme</i>	12
<i>Péristaltisme.</i>	15
CHAPITRE II. — Palpation	17
Résultats de la palpation	32
1. — Douleur.	33
2. — Tumeur.	34
a) Forme.	34
b) Volume	35
c) Mobilité	40
3. — Gaz.	41
CHAPITRE III. — Percussion	42
CHAPITRE IV. — Toucher rectal.	44
CHAPITRE V. — Endoscopie recto-colique.	48
§ 1. — <i>Instrumentation</i>	49
§ 2. — <i>Technique.</i>	51
§ 3. — <i>Indications.</i>	61
CHAPITRE VI. — Sondage. — Radiographie	82
§ 1. — <i>Sondage</i>	82
§ 2. — <i>Radiographie.</i>	88

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DU COLON

CHAPITRE PREMIER.	99
§ 1. — <i>Généralités</i>	102
§ 2. — <i>Indications opératoires</i>	105
1° Tumeurs inopérables	106

1. — Exclusion	109
2. — Entéro-anastomose	110
3. — Anus artificiel	118
2° Traitement des complications	119
3° Tumeurs opérables	122
§ 3. — <i>Technique de la colectomie en deux temps</i>	129
1° Traitement de l'anse extériorisée	133
2° Rétablissement de la continuité de l'intestin	141
1. — Entérorraphie	142
2. — Anastomose colo-colique	148
3. — Anastomose iléo-colique	148
§ 4. — <i>Suites opératoires</i>	153
CHAPITRE II. — La colectomie en un temps d'après quelques observations récentes.	158
§ 1. — <i>Généralités</i>	159
§ 2. — <i>Conditions de terrain.</i>	170
1° Examen avec anesthésie	174
2° Cœliotomie exploratrice	174
3° Amélioration du terrain	179
§ 3. — <i>Technique opératoire.</i>	180
1° Généralités	181
2° Opération	183
3° Suites opératoires	190
Conclusions	191
§ 4. — <i>Discussion.</i>	194
A. Anastomose latéro-latérale	195
B. Iléo-colostomie	197
C. Anastomose termino-terminale	199
§ 5. — <i>Indications opératoires.</i>	201
APPENDICE	203
CONCLUSIONS	207